VACCINAZIONI PEDIATRICHE: **I DANNI TUTTI E COME EVITARLE**

a seguire, alcuni capitoli estratti dal libro . . .

tante pagine: *noiose* (da leggere) e *interessantissime* (nei contenuti)

. . . pagina dopo pagina, monteranno la rabbia e l'indignazione . . .

extra: ammonimento

da *Potenze del Pensiero*

di Omraam Mikhaël Aïvanhov

*“ . . . I genitori sono assimilabili a dei **precettori**, ai quali sono state mandate delle creature dà allevare e da educare.*

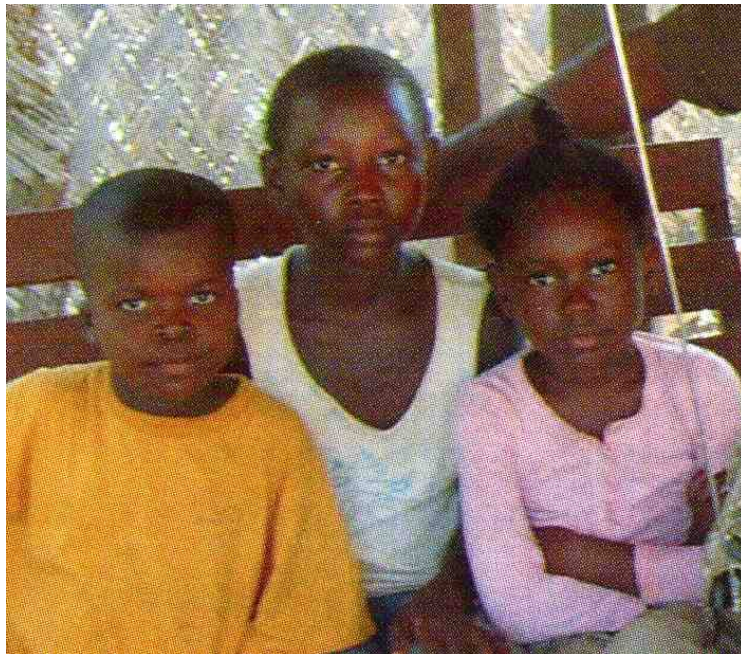
Non sanno nemmeno da dove vengano né chi siano, ma quel che devono sapere è che un giorno dovranno rendere conto del modo in cui hanno assolto al loro compito.

Se sono stati negligenti e disattenti saranno puniti; se invece si saranno dimostrati dei buoni precettori, riceveranno delle ricompense per il lavoro svolto. . . . ”

. . . giochi (abbandonati) di bimbi . . .
. . . spesso i Diavoli (con indosso la ‘maschera da buon pastore’) vincono. . .

ECCOLO! *Jenner*

. . . Alla fine del XVIII° secolo, il medico inglese di campagna Edward *Jenner*, inventò una vaccinazione simile **basata sulla convinzione popolare** che chi avesse superato la forma leggera e non pericolosa del vaiolo delle mucche non avrebbe potuto contrarre il vaiolo umano. Jenner, infatti, prelevò della materia purulenta da un nodulo posto sulla mano di una mungitrice (Sarah Nelmes) per iniettarlo sottocute ad alcune "cavie" umane, dalle cui pustole Jenner poi prelevava il materiale per il proseguimento delle vaccinazioni. **Nel 1790 vaccinò suo figlio di 10 mesi** e 8 anni dopo un bambino di 5 anni e una donna all'ottavo mese di gravidanza. **I due bambini e la signora furono le sue prime vittime**. **Il figlio di Jenner, in particolare, dopo la vaccinazione ebbe un arresto dello sviluppo mentale e morì da psicopatico a 21 anni.**

Jenner, alla fine dei suoi giorni, pare che si sia tormentato chiedendosi se il suo procedimento avesse fatto effettivamente del bene o **un danno terrificante all'Umanità**.[1] . . .

sguardi . . . silenzioso rimprovero

[1] extra: "La seconda che hai detto!"

Neppure Fleming fu risparmiato dal danno da vaccino?

Fleming, lo scopritore della penicillina, stava bene ed era in buona forma, ma poi cedette alle pressioni di un medico e accettò di vaccinarsi ... fu l'ultima cosa che fece.

"Da parecchi giorni suo marito la stuzzicava a proposito del viaggio in Grecia. La moglie di Fleming rispose: '*Volete che ci andiamo? Bene ... Io prenderò il tifo e morirò*'.

Amalia, allora, chiese anche a lui di farsi vaccinare contro il tifo, ma egli rifiutò.

Il giovedì seguente, Compton disse a Lady Fleming che finalmente era riuscito a vaccinare Sir Alexander ... Sembrava in buona salute, di ottimo umore. Il suo vecchio amico, il Dr. Breen, che lo vide in quell'occasione lo trovò di ottimo aspetto e glielo disse. Fleming rispose che non si era mai sentito meglio e che era molto contento di fare entro poco il viaggio in Grecia con la moglie.

Il venerdì mattina, 11 marzo, Fleming si svegliò molto allegro. Si alzò, fece il bagno, ma ritornò pallidissimo, lamentandosi per un senso di nausea. La moglie entrò in camera e lo trovò disteso tranquillo e calmo. Pensò che il malessere fosse passato ed essendosi ricordata che il giorno prima era stato vaccinato, gli chiese se quel senso di nausea poteva essere una reazione tardiva. 'No', le rispose. Poi, d'un tratto la testa cadde in avanti. Alexander Fleming era morto".

(Tratto da: Maurois André. *La vita di Sir Alexander Fleming*. 1960)

"Ciò di cui disponiamo è una scienza di malattia,
ciò di cui abbiamo bisogno è una scienza di salute"
(René Dubos)

Capitolo 15

GENERALITÀ SUI DANNI DA VACCINI

Da quanto è stato esposto nelle pagine precedenti, risulta che sulla questione dei vaccini, purtroppo, a molte domande sul loro rapporto rischio/beneficio non sappiamo dare risposte sicure perché mancano le ricerche e gli studi necessari. Sappiamo che **buona parte della ricerca medica è nelle mani dell'Industria Farmaceutica e che questa non è molto interessata ad approfondire certi temi**. C'è poi una specie di dogma ideologico che i vaccini facciano bene e proteggano la popolazione dalle malattie infettive: un concetto però molto discutibile al giorno d'oggi, specie nei Paesi industrializzati.

Comunque sia, circa 45-50 anni fa sono state introdotte le vaccinazioni di massa e sappiamo che le conoscenze immunologiche di quel tempo erano scarsissime e per molti versi addirittura errate. Le reazioni acute post-vacciniche erano considerate irrilevanti, perché il confronto veniva fatto con le ben più gravi patologie infettive che si voleva evitare ad ogni costo, e in ogni caso non c'erano ricerche sugli effetti a medio e lungo termine. Quindi, erano molto poche le conoscenze scientifiche in questo campo!

Attualmente, però, la realtà è molto diversa e pertanto anche il nostro comportamento dovrebbe essere diverso. Invece sappiamo bene che **c'è una massiccia campagna pro vaccini (quasi completamente finanziata in modo diretto e indiretto dall'Industria Farmaceutica**). Infatti, le lettere e pubblicazioni diffuse dai servizi vaccinali riportano sempre la stessa affermazione categorica che non ammette eccezioni: "*La vaccinazione è un atto medico preventivo SICURO ED EFFICACE*".

Oggi, comunque, molti ricercatori onesti di questo settore della Medicina sanno e ammettono che non è così.

15.1 Definizione di reazione avversa alla vaccinazione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per evento avverso alla vaccinazione si intende qualsiasi situazione peggiorativa dello stato di salute di un individuo al quale è stato somministrato un vaccino in un passato recente.

Tale definizione comprende anche eventi coincidenti non causati dalla somministrazione di vaccini e non correttamente collegati a questi. Infatti, un evento avverso può avere una correlazione causa/effetto con la vaccinazione oppure un semplice rapporto cronologico. Tali eventi possono essere lievi e comuni oppure non comuni e gravi; locali oppure generali.

La normativa italiana, che inserisce le reazioni avverse da vaccino nella più generica categoria delle reazioni avverse da farmaci, riporta le seguenti definizioni:

— *Reazione avversa*: risposta ad un farmaco che sia nociva e non intenzionale e che avvenga alle dosi normalmente usate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi, la terapia o per ripristinare, correggere o modificare le funzioni fisiologiche.

— *Reazione avversa grave*: qualsiasi reazione che provoca la morte di un individuo, ne mette in pericolo la vita, ne richiede o prolunga l'ospedalizzazione, provoca disabilità o incapacità persistente o significativa, comporta una anomalia congenita o un difetto alla nascita.

— *Reazione avversa inattesa*: reazione avversa la cui natura, gravità o conseguenza non è coerente con il riassunto delle caratteristiche del prodotto.

15.2 Considerazioni generali sui danni da vaccini

Fin dalle prime vaccinazioni, forse per la grande paura che in passato le ma lattie infettive incutevano nella gente e quindi le grandi aspettative che tutti avevano nei confronti dei vaccini, questi ultimi sono sempre stati ritenuti inspiegabilmente esenti dal causare danni.

Nei primi anni del XIX° secolo, ad esempio, quando una vaccinazione causava qualche danno, si riteneva responsabile il medico che l'aveva eseguita e si era soliti esprimersi così: "I bambini del Dr. X diventano scemi dopo il vaccino", oppure: "Quelli del Dr. Y hanno avuto le convulsioni dopo il vaccino", ecc.

Lentamente, però, la gente comune iniziò ad accorgersi che forse non era il medico il colpevole, ma che la patologia poteva dipendere dal vaccino che era stato somministrato al loro bambino. Cominciarono così delle proteste che però, come accade ancora oggi, incontrarono molte difficoltà e ostacoli prima di essere accettate. La prima segnalazione di sentenza che ha riconosciuto l'obbligo di risarcimento

da parte dello Stato per danno da vaccino pare essere quella che risale al 1953 e che avvenne in Germania (sentenza del 19 febbraio 1953, BGH III ZR 205/51).

Un danno da vaccino è un danno alla salute, di solito permanente, che supera la misura usuale di una reazione da vaccino, è quindi quella che oggi si chiama *reazione avversa grave*. **In caso di sospetto di danno da vaccino, ogni medico dovrebbe inoltrare la denuncia al Servizio di Farmacovigilanza della propria ASL e dovrebbe sostenere i genitori affinché venga loro riconosciuto l'evento avverso**.

Generalmente, il danno da vaccino non viene scoperto subito dopo la vaccinazione, ma solo dopo settimane, mesi e a volte anche dopo qualche anno. È palese che, tra la popolazione, la conoscenza dei danni da vaccino è estremamente scarsa e quindi nessuno pensa, in caso della comparsa ad esempio di un deficit intellettivo o di uno stato di ipereccitabilità o di crisi convulsive o di una diagnosi di autismo, alle vaccinazioni eseguite in precedenza.

Può essere utile ricordare che, affinché si possa giungere al riconoscimento che un danno è stato causato da un vaccino e si accetti il suo risarcimento, è necessario provare i tre seguenti punti:

1. *che ci sia stata una vaccinazione*;

2. *che la malattia da vaccino superi la misura usuale di una reazione da vaccino*; a tale punto la Medicina Accademica accetta per ogni vaccinazione un tempo ben preciso affinché compaiano le reazioni avverse, un tempo che corrisponde al cosiddetto periodo di incubazione di quella specifica malattia infettiva;

3. *le conseguenze tardive del vaccino devono essere compatibili con il quadro clinico della malattia*; cioè, se c'è un danno cerebrale con un determinato quadro clinico, ci deve essere la dimostrazione che è stato colpito proprio il tessuto cerebrale che corrisponde e spiega proprio quel quadro clinico.

Con tutte queste premesse, però, oggigiorno risulta difficilissimo dimostrare un danno da vaccino, specie quando questo è tardivo.

Tab. 48 – **Reazioni di ipersensibilità a sieri e vaccini: classificazione clinica**.

Reazioni sistemiche:
– Anafilassi (reazioni anafilattoidi all'uovo e al lievito di birra)
– Malattie da siero
– Febbre da vaccino
– Vasculiti
– Lupus post-vaccinale

Reazioni cutanee:
– Epidermolisi tossica necrotica
– Eruzioni esantematiche
– Orticaria e angioedema
– Dermatite da contatto
– Eritema fisso
– Eritema multiforme essudativo
– Dermatite esfoliativa

Reazioni respiratorie:
– Asma bronchiale
– Polmonite eosinofila
– Fibrosi polmonare

Reazioni ematologiche:
– Eosinofilia
– Anemia immunoemolitica
– Agranulocitosi
– Trombocitopenia
– Aplasia midollare
– Linfoadenopatie da ipersensibilità
– Pseudolinfoma da vaccino

Reazioni epatiche:
– Colestasi intraepatica
– Ittero epatocellulare

Reazioni renali:
– Glomerulonefrite
– Sindrome di Goodpasture
– Nefrite interstiziale

Reazioni neurologiche:
– Polineuropatie
– Sindrome di Guillain-Barrè
– Neuriti periferiche
– Mieliti
– Encefaliti
– Meningiti

La tabella suddetta riporta la classificazione clinica delle principali possibili reazioni di ipersensibilità a sieri e vaccini contenuta nel famoso volume di Medicina Interna *Harrison's*. Dalla lettura di questa tabella emerge la vastità del problema e l'assoluta varietà dei **danni potenziali che possono colpire praticamente tutti gli organi e apparati di ogni individuo**. Anche un medico esperto può chiaramente intuire quanto sia difficile, non solo per i genitori e non solo per un medico generico, ma anche per un medico esperto diagnosticare correttamente una delle

patologie della seguente tabella come causata da un vaccino, in quanto le patologie causate dai vaccini riguardano quasi tutti gli organi e apparati e possono manifestarsi anche a distanza di mesi o anni dalla vaccinazione e solo indagini cliniche ed epidemiologiche serie ed approfondite potranno fornirci le risposte appropriate su questo immenso capitolo.

15.3 Danni a breve termine dei vaccini

Se leggiamo un qualsiasi libro che tratti specificatamente dei possibili effetti dannosi a breve termine dei vaccini, constatiamo che vengono prevalentemente ricordati i seguenti:

a – Effetti locali: irritazione, prurito, eritema, tumefazione, dolore, talvolta fino anche all'ascesso e alla necrosi tessutale.

b – Effetti generali: sono moltissimi, ma in particolare ricordiamo febbre, linfoadenopatia, astenia, nausea, vomito, diarrea, dolori addominali, dolori muscolari, artralgie, anoressia, cefalea, sonnolenza, insonnia, ipotensione arteriosa, orticaria, rash cutanei, broncospasmo, riattivazione di patologie a cui la persona è predisposta, comparsa dell'infezione che il vaccino doveva evitare, ecc.

Lo *shock anafattico* è un effetto indesiderato generalizzato sempre possibile, ma la sua incidenza è molto rara. A tale scopo può, essere interessante ricordare uno studio italiano inizialmente eseguito con lo scopo di dimostrare che il vaccino antimorbilloso-antiparotitico-antirosolia (MPR) causava disturbi allergici nei soggetti predisposti (cioè allergici alle proteine dell'uovo) non di per se stesso ma perché prodotto in colture di fibroblasti di pollo (e quindi contenente antigeni di pollo). Gli Autori, allora, per evitare il pollo iniettarono un vaccino preparato dalla ditta Berna (*Moraten*), i cui virus erano stati fatti crescere su colture di fibroblasti umani, a bambini di 2 anni che dai 3 mesi di vita erano affetti da dermatite atopica con positività dei test cutanei all'uovo e al latte vaccino. Il risultato fu che entro pochi minuti dalla vaccinazione i bambini svilupparono rinocongiuntivite allergica, una grave dispnea e cianosi labiale che rispose fortunatamente alla terapia della crisi anafilattica. Gli Autori conclusero che la reazione allergica da vaccino MPR è causata da fattori diversi dalle proteine dell'uovo ... *però, aggiungo io, non si poteva pensare la cosa più ovvia e cioè che forse la reazione è causata dal vaccino stesso*?

Va comunque detto che nella letteratura medica si può trovare di tutto e, infatti, ho trovato anche un articolo di alcuni Autori che hanno somministrato il vaccino MPR a 122 bambini con sospetta o documentata allergia sistemica (eczema atopico, asma, allergia al latte vaccino, gravi reazioni allergiche sistemiche per altre precedenti vaccinazioni) e che erano anche risultati positivi al test cutaneo per il vaccino

MPR non diluito. Di questi bambini, solo 2 manifestarono febbre e uno ebbe una reazione orticarioide generalizzata. Questo studio, pertanto, ha dato risultati opposti a quello precedente. Di solito c'è sempre una spiegazione a quanto accade e in questo caso è molto presumibile che le diverse risposte allo stesso vaccino siano dipese da diverse caratteristiche dei bambini. Infatti, credo sia di estrema importanza ricordare che *ogni terapia o valutazione diagnostica o prognostica dovrebbe essere attentamente personalizzata* e in ogni caso somministrata solo dopo aver conosciuto molto bene la storia clinica personale e familiare del paziente.

Tra gli effetti generali a breve termine dei vaccini sono possibili anche alterazioni della funzionalità epatica, alterazioni ematologiche come la trombocitopenia e danni a carico del sistema nervoso centrale: parestesie, paralisi, neuropatie, nevriti (compresa la sindrome di Guillain-Barré), sincopi, episodi ipotonico-iporesponsivi e convulsioni.

Ci sono state pure rare segnalazioni di bambini piccoli (in genere nei loro primi mesi di vita) **morti inspiegabilmente entro 1-10 giorni dalla vaccinazione (specie dopo l'antipertossica o l'antipoliomielitica o dopo la somministrazione contemporanea di più vaccini, che sembra essere la più pericolosa)**; di solito la morte avviene nel sonno e qualche volta viene troppo frettolosamente etichettata come "probabile soffocamento da rigurgito".[1]

15.4 Danni a lungo termine dei vaccini

Tra i possibili effetti dannosi a lungo termine che vengono riportati, sono considerate *certe o fortemente sospette* molte patologie.

Si sa che i vaccini possono provocare o niente o, fortunatamente in casi rari, dei danni molto gravi come **convulsioni, encefalopatie, meningiti, paralisi e anche la morte**. In realtà, se è vero che possono causare dei danni gravi, e che sia vero non è discutibile dato che, seppure in una minoranza dei casi, anche lo Stato ha riconosciuto e rimborsato gravi danni da vaccini, è palese che, **in base alle capacità difensive del sistema immunitario dell'organismo, si possano avere anche dei danni lievi**. Questi gradi intermedi di danno sono ovviamente più difficili da diagnosticare, ma in genere vengono percepiti dai genitori, perché per loro è più facile cogliere **cambiamenti caratteriali, sbalzi di umore, regressioni nei comportamenti acquisiti fino a quel momento, perdita dell'appetito, insonnia, febbri cronicamente persistenti**, ecc.

Dato che ogni patologia deve avere una sua origine e non può esistere alcun effetto senza una causa, chi può negare che, proprio a causa del gran numero di vaccini che nei Paesi industrializzati si è soliti somministrare in bambini piccolissimi,

[1] Questa morte improvvisa viene definita '*morte bianca*' o SIDS: *sindrome di morte infantile improvvisa*.

e quindi neurologicamente e immunitariamente immaturi, non si instaurino danni tali da causare molti disturbi comportamentali, psicologici e anche somatici tuttora inspiegabili che compaiono nella prima infanzia?

Infatti, oggigiorno **aumenta sempre di più il numero dei bambini con importanti ritardi dello sviluppo o difficoltà a leggere o ad esprimersi o con difficoltà a rimanere fermi o a dormire in modo sereno e tranquillo**. Molti di questi bambini, che spesso vengono genericamente definiti *"caratteriali"*, appaiono turbati fin da piccoli e **i genitori spesso fanno risalire l'inizio di questi cambiamenti proprio al periodo che ha immediatamente seguito una vaccinazione**, specie se plurivalente.

Infatti, ci sono degli Autori, come i medici francesi Dr. Calmar e Prof. Delore, che ritengono che le vaccinazioni possono essere all'origine di disturbi comportamentali e caratteriali con **l'ipotetico rischio addirittura di modificare il carattere di intere generazioni.**

Gli effetti imputati sono in genere disturbi comportamentali caratterizzati da aggressività immotivata, difficoltà di concentrazione, ipercinesia, soglia inibitoria bassa o quasi inesistente, sbalzi d'umore, rallentamenti intellettuali, espressivi e linguistici, ecc.

Effettivamente, è un dato di fatto che molti di questi disturbi sono comparsi in forma epidemiologicamente evidente in questi ultimi decenni, cioè da quando i nostri bambini vengono vaccinati senza sosta e ad una età sempre più precoce contro un numero sempre maggiore di patologie. Non bisogna scordare che il sistema immunitario dei neonati è molto delicato e che viene messo a dura prova in modo tanto maggiore quanto minore è l'età d'inizio delle vaccinazioni e quanto maggiore è il numero di vaccini eseguiti.

Le vaccinazioni squilibrano fortemente le difese immunitarie, perché stimolano violentemente alcune specifiche risposte immunitarie che, se da un lato danno una certa protezione verso certi antigeni virali e/o batterici, dall'altro creano grandi squilibri immunitari nelle difese aspecifiche slatentizzando le debolezze che inevitabilmente ogni individuo ha.

Ancora nel 1981, un articolo su questo argomento riassunse la patogenesi dei danni da vaccini con queste parole: "*I meccanismi autoimmuni, l'immunosoppressione e l'induzione di processi infiammatori sono importanti fattori nella patogenesi delle complicanze post-vaccinali*".

Molto diversa, invece, è la situazione quando le malattie infantili vengono superate in modo naturale. Va considerato, infatti, che **le malattie naturali iniziano generalmente una alla volta e in modo graduale**, perché il germe entra nell'organismo attraverso cute e mucose dove l'organismo ha dispiegato le sue difese. In questo modo, pertanto, l'organismo ha tutto il tempo di combattere attivando quelle reazioni immunitarie che da sempre la Natura gli ha fornito. *Il risultato finale è che l'organismo si trova alla fine molto più fortificato dopo essersi ammalato di una*

certa patologia infettiva naturale piuttosto che dopo esser stato vaccinato contro la stessa.

Infatti, ci sono studi in cui si è visto, ad esempio dopo un morbillo naturale, che si ottiene un miglioramento delle malattie allergie e/o asmatiche che precedentemente affliggevano il bambino, mentre gli individui vaccinati sono risultati a maggior rischio di ammalarsi in futuro non solo della stessa malattia per cui sono stati vaccinati, ma anche di ammalarsi di altre patologie degenerative, allergiche o autoimmunitarie. Inoltre, non va scordato che **l'immunità offerta dai vaccini è quasi sempre di limitata e breve durata e che lo spostamento nell'età adulta delle epidemia dei bambini comporta tassi di complicazioni nettamente superiori** rispetto a quelli ché caratterizzano l'età pediatrica.

È risaputo che nello Stato africano del **Gambia**, che è l'unico Paese nel quale l'OMS ha dichiarato estinto il morbillo, pochi anni dopo questa dichiarazione la malattia si è ripresentata con un decorso più complicato di quello che aveva negli anni che precedettero le campagne di vaccinazioni di massa. Sappiamo anche che negli Stati Uniti, dopo vent'anni di vaccinazioni di massa contro il morbillo, si sono verificate nuove epidemie (e quindi non casi isolati) che hanno coinvolto sia individui vaccinati che non vaccinati, in quel caso senza distinzione di evoluzione patologica.

L'uomo dovrebbe aver imparato che quando contrasta in modo troppo violento i sistemi che la Natura ha creato con infinita saggezza per proteggerci, i danni sono infinitamente maggiori dei benefici.

Infine, c'è chi ipotizza che questa soppressione decennale delle patologie pediatriche, con conseguente decennale indebolimento delle difese immunitarie, possa aver creato un terreno fertile per favorire la diffusione di patologie da immunodeficienza, di cui l'AIDS potrebbe essere solo un piccolo e limitato esempio. Il futuro dirà se questa ipotesi è vera o meno.

Purtroppo, sappiamo che studiare la relazione tra l'AIDS o le malattie infettive degenerative o neoplastiche e i vaccini oppure studiare perché una persona non si ammala di una determinata patologia mentre un'altra sì e quindi il voler capire i meccanismi endogeni naturali di protezione dell'organismo probabilmente permette ben poche speculazioni economiche alle Ditte Farmaceutiche, ai medici e ai politici, mentre sappiamo che **è possibile guadagnare attraverso il finanziamento di ricerche e studi che portano poi alla sintesi di nuovi farmaci.** Alcuni allora si chiedono se questa sempre crescente medicalizzazione della società non abbia comportato un aumento ancor maggiore di certe patologie come quelle cronico-degenerative.

Inoltre, c'è da aspettarsi che l'ampio utilizzo di vaccini vivi porterà alla nascita di virus completamente nuovi, perché modificati dalla Natura o dall'uomo in laboratorio. **Alcuni infatti pensano che a causa di un uso indiscriminato di farmaci e di vaccini si possa arrivare ad un cambiamento dei geni o dei sistemi**

immunitari delle popolazioni.

Infine, per concludere questa introduzione dei danni a lungo termine dei vaccini, va anche ricordato che se è vero che negli anni passati le vaccinazioni hanno avuto una scarsa relazione con la diminuzione delle malattie infettive, perché queste erano iniziate a diminuire già prima dell'introduzione dei vaccini, oggi si assiste sempre più ad un fatto opposto e cioè che alcune malattie infettive hanno cominciato a ripresentarsi forse anche a causa dell'introduzione massiccia dei vaccini.

Le pagine che seguono cercheranno di spiegare anche questo aspetto.

15.4.1 Allergopatie e infezioni

È ormai praticamente scontato che **le vaccinazioni eseguite nella primissima infanzia squilibrano e alterano la maturazione del sistema immunitario**.[2]

Sono già numerosi gli studi in cui è stata sottolineata la relazione fra aumento delle IgE e la comparsa di effetti indesiderati da vaccino. La genesi dell'effetto allergenico delle vaccinazioni sarebbe questo:

— la vaccinazione iperattiva la risposta linfocitaria Th2;

— l'iperattivazione Th2 induce un'aumentata produzione di citochine, in particolare le interleuchine;

— le interleuchine Il-4, Il-5 e Il-13 promuovono un'eccessiva produzione di IgE.

Oltre a ciò, va anche ricordato che pure **il mercurio contenuto nei vaccini è ritenuto un fattore allergizzante** (oltre che tossico).

Il vaccino DT (antidifterico-antitetanico) e quello DTP (antidifterico-antitetanico-antipertossico) sono stati associati nella letteratura medica ad una maggior incidenza di allergie e asma. Su questo aspetto ci sono opinioni diverse, come spesso accade, ma gli studi sui quali si basa *la correlazione vaccino DT o DTP e allergie* poggiano su basi molto solide e sono stati pubblicati da riviste mediche accreditate.

Ad esempio, nel febbraio 2000 è comparso un interessante articolo curato dal Dipartimento di Epidemiologia della Scuola di Salute Pubblica di Los Angeles nel quale si riafferma che **il vaccino DTP aumenta il rischio di allergia e di sintomi respiratori correlati**, ma già nel 1995, sulla rivista '*Vaccine*', alcuni Autori scrivevano: "*Il nostro studio ha rivelato valori inaspettatamente elevati nella risposta*

[2] Come abbiamo visto nelle pagine precedenti, le malattie infettive infantili (molte delle quali sono oggetto di vaccinazione) svolgono l'importante compito di stimolare specificatamente e aspecificamente il sistema immunitario irrobustendolo e allontanando il pericolo di molti disturbi allergici, autoimmunitari e/o neoplastici.

IgE alle tossina difterica e tetanica nell'ambito dell'ordinario programma di richiamo vaccinale DT; valori che erano associati ad un'alta percentuale di effetti indesiderati local'".

Importanti sono stati anche i dati emersi dal *Third National Health and Nutrition Survey* (NHANES III) che negli anni 1988-1994 ha studiato in 13.944 bambini e adolescenti (da 2 mesi a 16 anni di età) i possibili **effetti del vaccino DTP o di quello antitetanico sulle allergie**. Gli Autori hanno concluso che **il vaccino DTP o antitetanico aumentano indiscutibilmente il rischio di allergie e di sintomi respiratori ad essi associati nei bambini e negli adolescenti.**

Nel 1994, il *Journal of American Medical Association* ha pubblicato uno studio che ha confrontato 243 bambini vaccinati contro la pertosse con 203 non vaccinati. **È emerso che i bambini vaccinati avevano una frequenza di asma 5 volte superiore rispetto i non vaccinati**.

Uno studio del 1997 ha confrontato invece un gruppo di bambini vaccinati con un vaccino tetravalente (antidifterico-antitetanico-antipertossico-antipoliomielitico) con un gruppo di bambini non vaccinati. È emerso che mentre i non vaccinati non avevano avuto alcun episodio di asma, **i bambini vaccinati si erano invece ammalati di asma e di altre patologie allergiche rispettivamente nel 23,1% e nel 30%**.

Nel 1999 il *The Lancet* ha pubblicato anche uno studio interessante sugli effetti allergizzanti del vaccino MPR confrontando un gruppo di 295 **bambini che frequentava una scuola di tipo steineriano** con un altro gruppo di 380 bambini che frequentava una scuola convenzionale. **I bambini della scuola steineriana avevano ricevuto meno vaccinazioni MPR** (solo il 18%) e avevano assunto meno antibiotici, mentre il 93% dei bambini dell'altro gruppo aveva ricevuto il vaccino MPR. I risultati dimostrarono che il 5,8% dei bambini steineriani aveva l'asma, contro il 17% dell'altro gruppo.

Un recente studio pubblicato nel 2008 ha ipotizzato quello che però ormai pare un dato accertato e cioè che **le vaccinazioni durante la prima infanzia promuovano lo sviluppo dell'asma** stimolando una risposta immunitaria di tipo Th2 o alterando l'equilibrio nel rapporto Th1/Th2. Infatti, si è visto come la tempistica della vaccinazione DTP (antidifterica-antitetanica-antipertossica) influenza l'insorgenza dell'asma in bambini di 0-7 anni: in 11.531 soggetti che hanno ricevuto almeno 4 dosi del vaccino DTP, **il rischio di asma era ridotto del 50% quando la prima vaccinazione veniva ritardata di oltre 2 mesi rispetto il periodo raccomandato (che corrispondeva al secondo mese di vita) e se tutte le dosi della vaccinazione venivano ritardate, il rischio di asma era ridotto del 61%.** L'autrice dello studio conclude affermando che l'ipotesi secondo cui questa vaccinazione sarebbe dannosa potrebbe avere effetti negativi sull'efficacia dei programmi di immunizzazione.

Anche a causa di questi dati, alcuni Autori sospettano che i vaccini siano **una delle maggiori cause di crescita dell'incidenza delle allergie nella popolazione**

giovanile.

La tabella sottostante, ad esempio, esprime molto bene tale crescita della patologia allergica nei giovani del nostro Paese:

Tab. 49 – **Incremento dell'incidenza della rinopatia allergica nei giovani iscritti alle varie scuole**

	1983-84	**1990-91**	**1997-98**
Scuole elementari	1,4%	2,6%	8,4%
Scuole medie	8,0%	11,3%	15,5%
Università	10,9%	19,3%	24,2%

Ricordo anche che uno studio americano ha dimostrato che dal decennio del 1970 l'incidenza dell'asma è aumentata del 40%. Sappiamo inoltre che il costo in Europa per le allergie è stimato intorno ai 29 miliardi di euro all'anno.

La Ricerca oggi ha scoperto che questi effetti sono causati da una iperstimolazione della risposta linfocitaria Th2 a danno di quella Th1.

Ancora nel lontano 1907, Stickl poté dimostrare che la *pollinosi* nella popolazione rurale era piuttosto rara, mentre era più frequente tra la popolazione cittadina e soprattutto tra i figli delle famiglie benestanti. Sorse quindi il sospetto che **la malattia si espandesse dove si vaccinava di più e non dove era presente la maggior parte del polline.**

Secondo Buchwald, si può provare statisticamente che **la prima manifestazione dell'allergia da pollini ha avuto luogo di preferenza in concomitanza con la seconda vaccinazione antivaiolosa** (ricordo che all'inizio del XX° secolo il solo vaccino somministrato era quello del vaiolo e che la prima vaccinazione si faceva nel 2° anno di vita e la seconda verso il 12° anno). **A partire dal decennio del 1960, invece, il numero di vaccini aumentò e le vaccinazioni si spostarono alla prima infanzia e si assistette quindi, secondo Buchwald, ad un abbassamento dell'età di comparsa della pollinosi che cominciò ad interessare anche i bambini molto piccoli.**

La pollinosi, perciò, sarebbe diventata una malattia epidemica da quando i medici, dopo la fine della Seconda Guerra mondiale, cominciarono a vaccinare sempre più frequentemente.

Infatti, la pollinosi non sarebbe altro che una sensibilizzazione contro proteine eterologhe, proprio come i danni da vaccini che sono causati da reazioni immunitarie contro proteine eterologhe (cioè diverse da quelle riconosciute come proprie dall'organismo umano).

15.4.2 Cronicizzazioni di patologie in atto o alle quali la persona è predisposta

La cronicizzazione delle patologie in atto è un'evenienza **sempre più frequente (specie negli anziani vaccinati contro l'"influenza")** ed è causata dallo squilibrio delle difese immunitarie ad opera del vaccino.

La vaccinazione parenterale obbliga l'organismo a concentrare la risposta anticorpale verso gli antigeni inoculati. In questo modo, però, l'organismo "sguarnisce" momentaneamente altri fronti e, se alcuni di questi sono particolarmente deboli, si instaura una condizione favorevole per l'attivazione di una nuova patologia o la cronicizzazione di una che prima si presentava solo con saltuarie riacutizzazioni.

Allo stesso modo possiamo anche avere la slatentizzazione di alcune malattie latenti (per esempio quelle verso cui il paziente è geneticamente predisposto) a causa delle vaccinazioni. Un esempio recente potrebbe anche essere la scoperta che **il nuovo vaccino contro il rotavirus scatena la malattia celiaca nei soggetti predisposti**.

Proprio questo è il problema di tutte le vaccinazioni. Perché infatti un neonato di 3 mesi muore *solo un'ora* dopo aver ricevuto l'esavalente? Perché aveva delle alterazioni che non si sapeva avesse, ma che il vaccino ha smascherato. Ma sarebbe morto se non fosse stato vaccinato? E **le due bambine di 8 anni che ho visitato nel mio ambulatorio nel 2006 con diabete mellito di tipo I insorto 20-30 giorni dopo l'assunzione del vaccino MPR**: avrebbero dovuto prendere 4 iniezioni al giorno di insulina (ovviamente per tutta la vita) se non fossero state (tra l'altro inutilmente) vaccinate?

15.4.3 Patologie autoimmuni

È esperienza comune di ogni medico scontrarsi oggi con una incidenza sempre maggiore delle patologie autoimmunitarie. Sono patologie che insorgono più o meno improvvisamente, di solito dopo una lieve malattia virale o anche senza motivo apparente e **colpiscono più frequentemente i giovani adulti, ma l'età media si sta spostando sempre più in basso.**

A tale proposito, ho ritenuto molto interessante riportare un estratto di un articolo del Dr. K. Gaublomme, direttore della rivista americana '*International Vaccination Newsletter*':
"Gli effetti indesiderati delle vaccinazioni possono e dovrebbero essere studiati sotto ogni prospettiva e con grande accuratezza e questo dovrebbe essere un dovere delle autorità per la salute nazionale. Comunque, secondo la mia esperienza, è giusto fare anche delle ricerche per conto nostro, poiché molte informazioni, per qualche ragione misteriosa, non vengono mai a galla. Una delle caratteristiche di questa ricerca dovrebbe essere quella di andare oltre i singoli sintomi per scoprire

cosa li collega. Nel fare ciò osserviamo che ogni singola reazione vaccinale può essere riportata ad una reazione patologica del sistema immunitario.

Sappiamo che l'idea delle vaccinazioni è quella di influenzare il sistema immunitario con lo scopo di 'stimolarlo' o 'prepararlo' per una specifica battaglia. **Ovviamente, il sistema immunitario reagisce all'inoculazione, ma non sempre nel senso di essere rafforzato**. Al contrario, uno dei limiti che sta diventando sempre più evidente è che **i vaccini (specie quelli pediatrici) creino disorganizzazione del sistema immunitario al punto che le risposte appropriate alle sfide giornaliere, che tutti noi incontriamo, diventano invece difficili, se non impossibili**.

Un risultato di questa situazione è l'aumento di tutte le tipologie croniche, come le infezioni del tratto respiratorio, le allergie, ecc.

Se osserviamo con attenzione, una delle realtà più importanti che osserviamo è **il 'livello di confusione nel sistema immunitario' che può raggiungere un tale grado di caos da non essere più capace di differenziare tra i propri tessuti e le sostanze estranee**. È così che si creano le malattie autoimmunitarie.

Il sistema immunitario, in seguito a ciò, produce anticorpi contro le strutture del proprio corpo, invece di reagire solo verso le proteine estranee. *E così il corpo combatte contro se stesso. Forse potrebbe essere proprio questo il risultato finale di tutta la storia delle vaccinazioni*".

Anche studi più recenti provenienti da varie parti del mondo sottolineano fortemente la grande connessione esistente tra vaccinazioni e patologie autoimmunitarie, come un *Centro Francese di Farmacovigilanza*, che risolleva il problema che altri Autori francesi pochi anni prima avevano riscontrato e che l'OMS aveva poi messo a tacere, e un *Centro Israeliano per le Malattie Autoimmuni*, che sostiene che alcune vaccinazioni possono indurre o aggravare malattie autoimmuni attraverso il meccanismo del "*mimetismo molecolare*", "*... una teoria già accolta per la vaccinazione con tossoide difterico e tetanico, per quella antipolio e l'antimorbillosa. Inoltre, è stata accettata per spiegare la correlazione tra vaccino antimorbilloso-antiparotitico-antirosolia e lo sviluppo di trombocitopenia autoimmune e* ***tra vaccino antiepatitico B e sclerosi multipla***".

Infatti, ci sono malattie organiche gravemente invalidanti e oggi in rapido aumento, come **la sclerosi multipla e l'autismo che un numero sempre maggiore di Autori attribuisce ai vaccini** e suffraga tali affermazioni con studi recentissimi e molto validi.

Sì, gli specialisti del settore sono convinti che i vaccini possano causare dei danni, mentre i medici vaccinatori delle ASL negano tutto e dicono che le vaccinazioni non fanno danni, ... a parte un po' di febbricola e un po' di dolenzia nella sede di inoculo del vaccino ...!

Tralasciando l'estrema superficialità con cui talvolta viene affrontato il problema dei vaccini, vorrei ora fornire qualche esempio pratico di sindromi autoimmuni-

tarie specifiche per far capire cosa accade quando si attiva un meccanismo di danno autoimmunitario. Come si intuirà, questo argomento è molto ben documentato nella letteratura scientifica.

Sappiamo che gli anticorpi possono attaccare tutti i tessuti del nostro organismo. Se l'obiettivo sono i vasi sanguigni, allora diagnostichiamo una *poliarterite nodosa*. In linguaggio tecnico, questa è un'infiammazione di uno degli strati più interni dei vasi sanguigni. **Questa grave sindrome è stata notata dopo le vaccinazioni per difterite, epatite B, tubercolosi e tetano.**

Esistono anche molte altre gravi malattie autoimmuni e di queste la *sclerosi multipla* è forse la più nota, ma anche quella che forse per prima (nel 1966) è stata segnalata come patologia autoimmunitaria importante causata dai vaccini, all'inizio da quello antidifterico. Qui è il tessuto nervoso ad essere attaccato e parzialmente distrutto, con conseguente **perdita di controllo sugli arti inferiori, incontinenza urinaria, impotenza e disturbi della vista (diplopia)**. Oltre al vaccino antidifterico, oggi è imputato anche il vaccino dell'epatite B (che comunque ritratteremo più specificatamente più avanti), ma questi due non sono i soli a scatenare questa malattia, perché è stata ritenuta collegata anche ad altri vaccini come quello contro **vaiolo, febbre gialla, febbre tifoidea, rabbia, tubercolosi, poliomielite, morbillo e tetano.**

La *sindrome di Guillain-Barré*, che è una grave infiammazione acuta e rapidamente progressiva dei nervi periferici che si manifesta con debolezza muscolare e perdita della sensibilità dei distretti periferici, è stata riscontrata provocata principalmente dai vaccini antidifterico-antitetanico, antiepatitico B, antipoliomielitico orale Sabin, antiemofilo B, antinfluenzale e anti-morbillo-parotite-rosolia. A tale proposito può essere interessante conoscere anche i risultati di uno studio presentato al 53° *Meeting dell'American Association of Neuromuscular & Electrodiagnostic Medicine* (AANEM) tenutosi a Washington il 11-14 ottobre 2006. I dati furono forniti dal VAERS e dalla FDA, che registrano tutte le reazioni avverse da vaccini che vengono denunciate negli Stati Uniti. Dei 54 casi di sindrome di Guillain-Barré post-vaccinica che sono stati registrati negli USA nel corso del 2004, si scoprì che:

— il 57% dei casi di sindrome di Guillain-Barré furono causati dal **vaccino antinfluenzale**;

— il 22% dei casi furono causati dal **vaccino antiepatitico B** (come vaccino singolo o in combinazione con gli altri vaccini);

— l'11% dei casi furono causati dal **vaccino antimorbilloso-antiparotitico-antirosolia**;

— il rimanente 10% dei casi furono causati dai **vaccini antiemofilo B o antitetanico o antidifterico o antitifico.**

Circa il 20% dei pazienti avevano ricevuto più di un vaccino.

La *mielite trasversa* è un'altra patologia autoimmune demielinizzante che può essere causata da una vaccinazione. Esempi sono **la vaccinazione contro la rosolia, morbillo-parotite-rosolia, influenza, epatite, rabbia e vaiolo. Anche una combinazione di vaccini contro difterite, tetano e poliomielite può causare questa malattia.**

La *neurite ottica* è un'infiammazione del nervo ottico ed è anch'essa un'altra reazione autoimmunitaria che può manifestarsi dopo varie vaccinazioni come l'antiepatitica B, l'antinfluenzale , l'antirosolia, l'antimorbillosa-antiparotitica-antirosolia, l'antitetanica e varie associazioni tra vaccini.

La *porpora trombocitopenica acuta* ò una patologia caratterizzata da una aumentata distruzione di piastrine con conseguenti stati emorragici sia mucosi che cutanei. Può essere causata dalla vaccinazione antimorbillosa o dalla antimorbillosa-antiparotitica-antirosolia o dall'associazione tetravalente antidifterica-antitetanica-antipertossica-antiparotitica.

L'*eritema nodoso*, che si manifesta con noduli cutanei rossastri ma che colpisce anche i tessuti più profondi del corpo, é un'altra patologia correlata al vaccino contro l'epatite B.

L'*artrite reumatoide* é stata menzionata da diversi Autori principalmente dopo la vaccinazione contro l'epatite B, ma questo vaccino può causare anche una vera e propria *epatite autoimmune*.

Sia la *miocardite* che la *pericardite* sono patologie correlate a vari vaccini singoli e alla trivalente antidifterica-antitetanica-antipoliomielitica.

In accordo con alcuni Autori, pure l'*asma bronchiale* appartiene a questo gruppo di malattie. **Crisi d'asma sono spesso osservate dopo la vaccinazione antipertossica** (e alcuni Autori hanno scoperto un legame particolare tra l'asma e questa vaccinazione), ma sembra che anche il vaccino antiepatitico B sia un forte fattore scatenante.

Altre patologie autoimmunitarie, che sono state causate per esempio dal vaccino antiepatitico B, sono:
– caduta dei capelli, anche fino all'alopecia,
– anetodermia,
– Sordità,
– poliartropatia giovanile cronica,
– vasculite linfocitica,
– lupus eritematoso acuto,
– vasculite,
– panarterite nodosa,
– pancitopenia,
– lesioni lichenoidi,
– sindrome di *Stevens Johnson*.

Una menzione tutta particolare deve essere fatta per il sempre più frequente ***diabete mellito di I tipo***. Questa forma di diabete è una condizione autoimmune che riguarda le cellule *beta* del pancreas che producono insulina. Un aumento del 60% rispetto l'incidenza preesistente è stato osservato dopo una campagna di vaccinazioni di massa in Nuova Zelanda. Esistono comunque **vari lavori che correlano il diabete alle vaccinazioni** e, come ho già detto, io stesso sto seguendo due casi di bambine di 8 anni, sane fino a prima della vaccinazione e senza alcuna familiarità per patologie metaboliche, che **hanno sviluppato il diabete mellito di I tipo circa 1 mese dopo la prima dose della vaccinazione antimorbillosa-antiparotitica-antirosolia** e che ora dovranno assumere per tutta la vita 4 iniezioni di insulina al giorno.[3]

Il Dr. Classen, direttore dell'*Istituto di Ricerche Immunoterapiche di Baltimore*, ha pubblicato vari studi in cui dimostra il legame tra vaccini e diabete giovanile insulinodipendente. In sintesi, il messaggio che trapela dai suoi articoli è il seguente:

— i vaccini, alterando il sistema immunitario, possono causare il diabete di I tipo insulinodipendente e, infatti, vari studi epidemiologici hanno dimostrato un legame tra questo diabete e i geni HLA che controllano lo sviluppo della risposta immunitaria;

— dato che anche molte persone con il diabete di II tipo non insulinodipendente presentano una distruzione autoimmunitaria delle cellule del pancreas (che sarebbe caratteristica del 1 tipo), **è molto probabile che i vaccini possano influire pure sulla causa del diabete di II tipo;**

— **l'80% dei casi di diabete giovanile di 1 tipo si riscontrano in bambini che precedentemente hanno ricevuto vaccini combinati dopo i primi 2 mesi di vita**;

— il diabete di I tipo si può manifestare con **una latenza anche superiore ai 4 anni dopo la vaccinazione**;

— **il rischio di diabete di I tipo è di 65 casi ogni 100.000 vaccinati,** il che significa che in Italia si avrebbero circa 350 nuovi casi all'anno di bambini diabetici che dovranno curarsi facendo ricorso a 3-4 iniezioni al giorno di insulina per tutta la loro vita! Se poi si considera che **il 40% di questi bambini svilupperà nella loro vita le complicanze connesse al diabete insulinodipendente (gravi danni come la retinopatia, la nefropatia, la microangiopatia, la miocardiopatia, ecc.), ci si chiede se era veramente necessario e utile vaccinarli.**

Ecco perché, per quanto possa sembrare esagerato, Classen sostiene che: "**Il diabete causato dai vaccini non dovrebbe essere considerato come un potenziale e raro effetto indesiderato.**

[3] extra: *la vita di un fiore reciso in un vaso*

L'incidenza di molte altre malattie immunologiche croniche, comprese l'asma, le allergie e i tumori immunomediati, ha avuto un rapido incremento e può essere correlata alle vaccinazioni".

Quello che è interessante notare e che dovrebbe farci riconoscere uno studio scientifico vero da uno molto dubbio, è l'assenza di legami o conflitti di interessi tra gli Autori degli articoli scientifici e l'Industria Farmaceutica. Infatti, in questo articolo, il *British Medical Journal* specifica che **il Dr. Classen non riceve finanziamenti dalle Ditte Farmaceutiche.**

Da quanto pubblicato nel suo sito, Classen ha cercato di quantificare **il rischio di ammalarsi di diabete in seguito all'assunzione dei principali vaccini** e ha calcolato che, rispetto ad un soggetto non vaccinato, il rischio tra i vaccinati è quello espresso dalla tabella sottostante

Tab. 50 – **Aumento del rischio di ammalarsi di diabete di I tipo in seguito alla assunzione dei principali vaccini pediatrici secondo gli studi del Dr. Classen.**

Tipo di vaccino somministrato	**Aumento del rischio rispetto un soggetto non vaccinato**
Antiepatitico B	50% (*)
Antiemofilo di tipo B	25%
Antipertossico	25%
Antiparotitico-antirosolia	23%
Antitetanico	20%
Antidifterico	9%

(*) *80,3% secondo uno studio neozelandese del 1997.*

Uno studio del Dr. Classen condotto su 3 gruppi di soggetti (un gruppo che ha ricevuto 4 dosi di vaccino antiemofilo, un gruppo che ha ricevuto una sola dose e un gruppo che non è stato vaccinato) che sono stati poi **seguiti per 10 anni dopo la vaccinazione**, ha dimostrato che **l'incidenza cumulativa del diabete di 1 tipo ogni 100.000 soggetti era nettamente superiore nei vaccinati e in particolare nel gruppo che aveva ricevuto 4 dosi di vaccino.**

Tab. 51 – **Incidenza cumulativa del diabete di I tipo ogni 100.000 soggetti con o senza la vaccinazione antiemofilo e sua variazione rispetto i non vaccinati**.

Follow-up	**Vaccinazione antiemofilo tipo B**		**Nessuna**
dalla vaccinazione	**4 dosi di vaccino**	**1 dose di vaccino**	**vaccinazione**
A 7 anni	261 (+26%)	237..(+ 15%)	207
A 10 anni	398	376	340

Da questi dati si evidenzia che a 7 anni dalla vaccinazione antiemofilo di tipo B il diabete di I tipo aumenta del 26% rispetto ai non vaccinati con un incremento di 58 casi/100.000 soggetti vaccinati con 4 dosi rispetto ai non vaccinati.

Questi dati indicherebbero che i potenziali rischi di questo vaccino (almeno per quanto riguarda il diabete di I tipo) sono maggiori dei benefici (almeno **secondo uno studio finlandese in cui si indicavano circa 1530 casi di grave disabilità ogni 100.000 bambini affetti da diabete di I tipo**).

In Nuova Zelanda era ben nota l'incidenza del diabete di I tipo nei giovani (0-19 anni) già a partire dal 1982. Dopo che dal 1988 era iniziata una vaccinazione di massa con il vaccino antiepatitico B di tutti i giovani di 0-16 anni (iniziando dalla sesta settimana di vita), ci si accorse che l'incidenza del diabete giovanile passò da 11,2 casi/100.000 soggetti nel periodo prevaccinale (1982-1987) a 18,1 casi nel periodo dell'immunizzazione (1989-1991), con un incremento dell'80,3%.

I CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) di Atlanta, purtroppo, confermarono tali risultati. Conferme scientifiche sul reale rapporto tra vaccini e diabete giovanile giunsero anche da altri ricercatori:

- da uno studio statunitense del 1993;
- da uno studio inglese condotto ad Oxford e pubblicato nel 1997;
- dal Dr. E. Shevach del *National Institute of Health* (NIH) di Bethesda (USA); che nel 1998 ha dimostrato che i vaccini a DNA ricombinante (per esempio l'antiepatite B) aumentano il rilascio di interleuchina 14 (IL-14) causando patologie autoimmuni;
- da uno studio svedese pubblicato nel 2003 che dimostrò come la vaccinazione antiemofilo causava la formazione di autoanticorpi diabete-correlati.

Anche alla luce di questi dati, il Dr. Classen, chiamato a relazionare i suoi studi e in particolare i dati neozelandesi ad un convegno svoltosi a Washington il 17 maggio 1999, si espresse in questo modo:

*"**Abbiamo calcolato che ogni anno negli USA ci siano oltre 10.000 nuovi casi di diabete giovanile di I tipo causato dalle vaccinazioni**. Dato che in media **un solo caso costa circa 1 milione di dollari in perdita di produttività e in cure mediche**, c'è un costo totale per il Governo di circa 10 miliardi di dollari all'anno. La Legge americana proibisce il commercio di vaccini finché non ne sia dimostrata la sicurezza. **Noi abbiamo dimostrato che la vaccinazione antiepatitica B e altri vaccini non raggiungono questi standard e che, malgrado ciò, vengono commercializzati e i bambini sono obbligati a riceverli**. Attribuisco questo a molti conflitti di interessi tra coloro che controllano la commercializzazione dei vaccini e stabiliscono la politica vaccinale. Le Ditte Farmaceutiche devono effettuare test a lungo termine sui loro vaccini riguardo lo sviluppo del diabete e di altre malattie autoimmunitarie.*

I genitori devono essere informati sui dati riguardanti la tossicità sugli animali, e sui dati epidemiologici che correlano i vaccini al diabete. I genitori devono anche essere informati del fatto che esistono fondi insufficienti per coprire le spese dei tanti eventi avversi da vaccino”.

15.4.4 Danni cerebrali cronici

A questo gruppo di danni da vaccino appartengono tantissimi sintomi e tante patologie che vengono da vari Autori suddivise in vari modi. Noi accenneremo solo alle principali, ricordando però che i più frequenti sintomi e segni clinici di tipo psico-neurologico che possono seguire una vaccinazione sono:
– ipercinesia, iperattività, sindrome da deficit di attenzione e iperattività
– sbalzi dell’umore e impulsività
– attacchi di collera e/o di nervosismo
– regressioni psicofisiche
– insonnia
– urla incontrollate
– alterazioni dell’appetito (anoressia, bulimia)
– ipertonia o ipotonia muscolare
– assenze
– cefalea
– disturbi oculari
– dislessia
– disfunzioni cerebrali minime
– alterazioni del senso del pericolo
– alterazioni del senso morale
– depressione o semplice chiusura in sé
– estraniazione dall’ambiente
– **autismo**.

Ancora nel decennio del 1960, il patologo olandese E. de Vries dimostrò per primo che **il cervello dei bambini, a causa della propria immaturità, non è in grado di reagire fino a circa il 3° anno di vita al danno causato dalle vaccinazioni**. Nei primi tre anni si crea al massimo un edema cerebrale e questa reazione asintomatica, denominata da de Vries “encefalopatia post-vaccinica blanda”, si distingue dall’encefalite post-vaccinica che avviene solo dopo il 3° anno d’età, quando la struttura cerebrale del bambino è più matura. La differenziazione tra questi due tipi di patologie (encefalite ed encefalopatia) non fa ancora parte della cultura medica generale, anche se questi casi sono tutt’altro che rari. L’encefalite ha un quadro clinico ben definito e riconoscibile, mentre l’encefalopatia è difficilmente riconoscibile.

Spesso, immediatamente dopo la vaccinazione, i bambini presentano febbre, disturbi intestinali, inappetenza, alterazioni del tono dell’umore e del sonno, grida prolungate, ecc. ... che possono essere di breve durata, ma che possono anche

persistere a lungo. Ad esempio, non sono pochi i casi in cui i genitori dicono: *"Da quando nostro figlio ha fatto la vaccinazione non è più lui"*. Per le ASL, ma purtroppo anche per molti pediatri, questi disturbi non esistono oppure, se proprio bisogna accettare che esistano, non sono mai da mettere in correlazione con la vaccinazione e si cerca piuttosto di giustificarli con la digestione, il carattere, il caso, ecc., ecc. Secondo alcuni Autori, invece, quei sintomi sono segni già sufficienti per pensare che il vaccino abbia causato un danno cerebrale che, a seconda delle caratteristiche del bambino, può essere di vario tipo e gravità, ma che in un bambino piccolo (sotto i 3 anni) può essere definito encefalopatia vaccinica.

Ora accenneremo alle principali caratteristiche delle patologie che possono caratterizzare un danno cerebrale cronico che raggrupperei in:
— *Disfunzioni cerebrali minime,*
— *Ipercinesia, iperattività, sindrome da deficit di attenzione e iperattività,*
— ***Sclerosi multipla*** e altre patologie autoimmunitarie del sistema nervoso centrale,
— *Demenza infantile.*

DISFUNZIONI CEREBRALI MINIME

È molto riduttivo definire il nostro cervello come un computer ed è sicuramente molto riduttivo anche se lo definiamo un supercomputer capace di autoripararsi, di autoperfezionarsi, autoprogrammarsi e automodellarsi all'ambiente esogeno ed endogeno. Infatti, anche se questo ci potrebbe sembrare già moltissimo, in realtà il nostro cervello sa fare 'infinitamente' di più e solo in questi ultimi anni iniziamo appena ad intuirlo, anche se da molti decenni sappiamo che quello che conosciamo di lui è solo una minima parte (alcuni dicono che abbiamo scoperto circa il 10% delle nostre potenzialità cerebrali, ma forse sono presuntuosi). Ebbene, se il nostro cervello è così complesso e se è in grande formazione e sviluppo proprio durante la vita intrauterina e nei primi anni di vita extrauterina, perché non poniamo più attenzione a proteggerlo?

Sappiamo che nei primi anni di vita, specie nel primo anno, tutto ciò che danneggia il cervello danneggia e riduce drasticamente anche le sue capacità di sviluppo con conseguenze che permarranno negli anni.

Inoltre, **sappiamo bene che i vaccini contengono batteri, virus, farmaci e sostanze tossiche di varia natura che svolgono con certezza un danno cerebrale, eppure continuiamo a vaccinare i neonati e addirittura anche i nati prematuri! Perché?**

Con l'assurda speranza di prevenire qualche patologia infettiva (che in realtà verrebbe prevenuta in modo migliore e sicuramente in modo totalmente innocuo migliorando le condizioni di igiene psico-fisica in cui vive il bambino), sottoponiamo quest'ultimo ad un intervento vaccinale che induce sicuramente dei danni con una incidenza statistica nettamente superiore all'incidenza dei benefici e anche con il rischio che questi danni perdurino per sempre.

Perché lo facciamo?

Credo che la risposta risieda solo nella nostra ignoranza: *crediamo di sapere e invece dovremmo avere l'umiltà di riconoscere che non sappiamo veramente nulla dei danni che i vaccini fanno.*

Se è vero che un qualsiasi danno vaccinale altera un certo numero di neuroni o di connessioni tra neuroni anche come conseguenza della demielinizzazione che induce, è ovvio che la capacità 'computazionale' del cervello viene alterata o fortemente compromessa. Se tutto questo fosse veramente vero, ne conseguirebbero alterazioni somatiche, intellettive, psichiche e comportamentali che sono riscontrabili nell'autismo ma anche nella semplice sindrome delle disfunzioni cerebrali minime (MCD: *Minimal Cerebral Dysfunction*), che comunque è fortemente connessa con la sindrome autistica.

Purtroppo, pare che tutto questo sia oggi una triste realtà, perché **in questi ultimi decenni si sta notando un crescente aumento di bambini con disfunzioni cerebrali minime o con danni cerebrali cronici di varia entità**. È palese, riprendendo il discorso di prima, che se un vaccino può causare un danno cerebrale mortale, o comunque altamente invalidante, non c'è motivo di credere che non possa causare anche danni minimi e tutte le sfumature intermedie tra questi due estremi.

La *sindrome delle disfunzioni cerebrali minime* è caratterizzata da un ridotto sviluppo intellettuale del bambino, ma esistono molti gradi di danno che variano enormemente da soggetto a soggetto. Ad esempio, può esserci la difficoltà a riconoscere le forme, i disturbi di distrazione (con difficoltà a mantenere l'attenzione e la concentrazione per un tempo normale), l'incapacità di mantenere un certo grado di autocontrollo, la facilità al pianto o all'instabilità emotiva, l'incapacità a memorizzare le esperienze o le cose imparate anche semplicemente a memoria, la facilità a passare da un comportamento ad un altro o da un'attività ad un'altra e molti atteggiamenti simili.

Per quanto riguarda il *pianto inconsolabile e incontrollato*, che con una discreta frequenza segue la somministrazione di molti vaccini pediatrici specialmente nel primo anno di vita, corrisponde in realtà ad un danno cerebrale vero e proprio non ancora ben indagato e quindi non quantificabile. Uno studio eseguito dal *National Institute of Health di Bethesda*, infatti, ha affermato che **i bambini che soffrono di pianto inconsolabile e incontrollato dopo i 3 mesi possono essere a rischio per un basso quoziente intellettivo e disturbi comportamentali nelle età successive.**

IPERCINESIA, IPERATTIVITÀ, SINDROME DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ

L'*ipercinesia*, la cui descrizione clinica fu rilevata per la prima volta da Kramer e Pollnow all'inizio del decennio del 1930, è **un comportamento molto frequente nei bambini d'oggi che però non ha ancora trovato una soddisfacente spiega-**

zione scientifica, anche se alcuni Autori presumono che alla base di questa patologia ci siano delle microlesioni cerebrali che alterano il delicatissimo equilibrio sia tra i due emisferi che tra vari centri dell'encefalo.

I bambini che ne sono affetti presentano un comportamento anomalo con **problemi di concentrazione e di attenzione, irrequietezza e aggressività, tentativi esagerati di attirare l'attenzione, incapacità di seguire le più comuni regole sociali e di esercitare un normale autocontrollo**. È questo, sostanzialmente, il quadro di quella sindrome che oggi viene definita con la sigla ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) o Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività.

Oggi, in Italia, quando si parla di questa sindrome (evento molto comune dato che è **in netta crescita**) per associazione di idee si pensa subito agli psicofarmaci pediatrici e in particolare al *Ritalin* (metilfenidato)[4], si pensa alle forti pressioni dell'Industria Farmaceutica, prima di tutto negli USA e poi in tutti i Paesi industrializzati compreso il nostro, che ha gonfiato in ogni modo questo disturbo per far accettare l'utilizzo del farmaco nell'età pediatrica, nonostante la sua grave tossicità. Parlando di questo argomento, allora, non si può non citare anche la grande battaglia contro l'uso pediatrico di questo psicofarmaco che ha trovato la sua più visibile espressione nella Campagna "*Giù le mani dai bambini*" ideata e portata avanti in particolare dal giornalista Luca Poma, coautore anche di un bellissimo libro su questo argomento.

È dall'introduzione di questo libro che prendiamo il testo seguente:

"Gli elementi raccolti sono sconcertanti, soprattutto perché dimostrano ***con quanta facilità si possa individuare o costruire una patologia problema, corredandola di dati e statistiche che indichino come risolutiva una unica modalità terapeutica****. Quando una strategia terapeutica prevede preliminarmente l'uso di psicofarmaci è difficile che siano prese in considerazione soluzioni alternative o che venga messa in discussione la scelta operata. L'attenzione semmai viene rivolta alla* ***possibilità di tenere a bada con altri farmaci gli eventuali effetti indesiderati del primo farmaco ritenuto risolutivo****.*
L'aggiustamento farmacologico può mettere in moto a volte delle pericolose escalation*, soprattutto se la cura viene protratta per periodi prolungati. È importante, a questo punto, sottolineare il fatto che nel caso di ADHD* ***la cura farmacologica proposta deve essere mantenuta nel tempo senza possibilità di interruzioni e ciò determina, ovviamente, seri rischi di dipendenza*** *(così come è stato evidenziato nei recenti studi americani). Né può essere di conforto, considerato che si tratta di bambini, il fatto che* ***il farmaco utilizzato sia passato dalla categoria degli stupefacenti a quella degli psicofarmaci****.*
Un punto estremamente controverso sono le percentuali riguardanti il numero dei bambini che presentano patologie e disturbi del comportamento curati con farmaci

[4] Il *metilfenidato* è uno stimolante del sistema nervoso centrale con un effetto marcato sulle attività centrali e motorie e che **in passato veniva incluso tra gli stupefacenti** mentre ora è stato inserito nella categoria degli psicofarmaci.

*psicoattivi: **in America sono passati dai 150.000 nel 1970** ai 500.000 nel 1985 e poi a ben 8 milioni nel 2003 fino **ai nostri giorni con 11 milioni**. Sembra veramente che vi sia una epidemia in atto. Riguardo specificatamente all'ADHD, in Italia i diversi studi riportano dal più credibile 0,70% (circa 170.000) al 3% secondo una sezione regionale di neuropsichiatria infantile, per passare poi al 4% secondo le stime di media nazionale (pari ad un venticinquesimo, cioè **un bambino per ogni classe della scuola italiana**), infine si arriva al 5-10% della popolazione infantile secondo un'altra sezione regionale di neuropsichiatria infantile".*

Tab. 52 – **Incidenza della diagnosi di ADHD nella popolazione infantile**

Paese		**Numero di casi pediatrici di ADHD**
Stati Uniti	nel 1970:	150.000
	nel 1985:	500.000
	nel 2003:	8.000.000
	nel 2006:	11.000.000
Italia	nel 2006:	per alcuni: 170.000 (0,7%) per altri: 900.000 per altri ancora: 1.200.000-2.400.000

Molte volte, e questo scaturisce anche dalla mia esperienza clinica, i genitori di alcuni di questi bambini riferiscono che **loro figlio era sempre stato estremamente carino, allegro, buono, obbediente e che dopo le vaccinazioni ha avuto un cambiamento del comportamento** con atteggiamenti aggressivi, ipercinetici, impulsi incontrollati, imprevedibili, esagerati come per attirare l'attenzione (o a casa o a scuola), atteggiamenti provocatori, totale indifferenza agli ordini che gli vengono impartiti, estrema difficoltà di concentrazione nel fare i compiti o nello stare attento in classe, ecc.

Sapendo che **i vaccini hanno la capacità di danneggiare il cervello** (si pensi solo, portando un caso estremo, che i pochi casi di risarcimento dei danni da vaccini sono quasi tutti casi di bambini cerebrolesi o di bambini morti con danni cerebrali dopo la vaccinazione), non si può escludere che i vaccini svolgano un ruolo fondamentale nel facilitare, slatentizzare o in alcuni casi anche provocare ex-novo questa patologia che, anche se non è mortale[5] o totalmente handicappante, è sicuramente limitativa per il normale sviluppo mentale e relazionale del bambino.

Oggi, la diagnosi di ADHD viene posta prevalentemente in base al punteggio che emerge da un semplice test (vedi tabella sottostante). Comunque, va ricordato che la sussistenza di uno o più disturbi comportamentali, resi evidenti dalle

[5] La mortalità associata a questa sindrome compare eventualmente **nei soggetti che vengono messi in terapia cronica con il *metilfenidato***.

risultanze di questo test non implicano necessariamente l'esistenza di una qualche patologia.

Tab. 53 – **Scala di individuazione dei comportamenti di disattivazione e iperattività nel bambino (modificato da: DSM-IV APA 1995 e Scale SDAG Cornoldi, Gardinale, Masi, Pettenb 1996)**

SCALA A (Disattenzione)	**Mai**	**Qualche volta**	**Spesso**	**Molto spesso**
1. Incontra difficoltà a concentrare l'attenzione sui dettali o compie errori di negligenza				
2. Ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti e sui giochi in cui è impegnato				
3 Quando gli si parla sembra non ascoltare.				
4. Pur avendo capito le istruzioni e non avendo intenzione oppositive, non segue le istruzioni ricevute o fatica a portarle a compimento				
5. Ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle sue attività				
6. Evita, non gli piace o è riluttante ad affrontare impegni che richiedono uno sforzo mentale continua to come i compiti di scuola				
7. Perde le cose necessarie per il lavoro o le attività (ad esempio diario, matite, libri o oggetti scolastici vari				
8. Si lascia distrarre facilmente da stimoli esterni				
9. Tende a dimenticare di fare le cose				
Totale:	X0	X1	X2	X3

SCALA B (Iperattività/Impulsività)	Mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
1. Da seduto giocherella con le mani o con i piedi e non sta fermo o si dimena				
2. Non si riesce a stare seduto				
3. Manifesta un'irrequietudine interna, correndo e arrampicandosi dappertutto				
4. Ha difficoltà a giocare o a intrattenersi tranquillamente in attività ricreative				
5. È sempre "sotto pressione" e spesso si comporta come se fosse azionato da un motore				
6. Non riesce a stare in silenzio: parla continuamente				
7. "Spara" le risposte prima che sia terminata la domanda				
8. Ha difficoltà ad aspettare il suo turno				
9. Interrompe o si intromette nelle conversazioni o nei giochi degli altri				
Totale:	X0	X1	X2	X3

N.B.: è necessario moltiplicare per 1, per 2 e per 3 il numero di risposte, con riguardo alla colonna nella quale ricadono le opzioni scelte.

Risultati del test (punti espressi per ogni singola scala):
— **da 0 a 12 punti**: il bambino è nella norma e non richiede un approfondimento diagnostico;
— **da 13 a 14 punti**: il bambino è in una soglia di allerta e potrebbe richiedere un approfondimento diagnostico;
— **da 15 punti in poi**: il bambino è disturbato e ha una probabile diagnosi di ADHD: dovrebbe essere indirizzato presso i servizi di neuropsichiatria infantile o i centri regionali per la somministrazione di psicofarmaci ai minori.

SCLEROSI MULTIPLA
E ALTRE PATOLOGIE AUTOIMMUNITARIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

È già ampiamente risaputo che **alcuni virus (per esempio l'Epstein-Barr virus [EBV]) possono essere la causa della sclerosi multipla o di varie patologie autoimmunitarie,** in genere fungendo da meccanismo *trigger*, probabilmente agendo da fattori facilitanti che vengono ad agire in un organismo già in qualche modo predisposto o inducendo una infiammazione cerebrale con iperproduzione di radicali liberi e tutte le conseguenze a cui abbiamo già accennato.

Per molto tempo si è insistito nel dire che la sclerosi multipla è un reale rischio che facciamo correre ai nostri bambini che vacciniamo contro l'epatite B, contrariamente a quanto affermavano invece i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL. Questo sospetto era venuto ad alcuni Ricercatori e si basava su segnalazioni isolate. Poi, **in Francia, a partire dal 1994, sono stati riportati numerosi casi di sclerosi multipla insorti dopo la vaccinazione contro l'epatite B**. Anche a seguito dell'attenzione dedicata all'argomento da parte degli organi di stampa e della televisione, sono stati intrapresi vari studi epidemiologici nonché indagini specifiche per l'analisi di tutte le complicanze neurologiche segnalate all'autorità francese. A conclusione di queste ricerche, nel 1998, **una sentenza della magistratura francese ha ritenuto plausibile l'associazione tra la vaccinazione antiepatitica B e l'insorgenza di sclerosi multipla in due soggetti vaccinati**, pertanto le autorità francesi hanno temporaneamente sospeso il programma di vaccinazione nelle scuole secondarie.

Nel 1999, anche una Ditta produttrice del **vaccino antiepatitico B** (la GlaxoSmithKline), probabilmente per timore di rivalse da parte di futuri danneggiati, ha accettato di introdurre nel foglietto informativo (contenuto nelle confezioni dei vaccini commercializzati) che il prodotto in oggetto potrebbe essere relazionato con la sclerosi multipla, anche se mancano dati certi a proposito. **Il *bugiardino*[6] del vaccino, compilato dalla Ditta, approvato dal nostro Ministero della Salute e contenuto all'interno della confezione commerciale, riporta anche altri effetti indesiderati: nevriti, neurite ottica, encefaliti, encefalopatie, meningiti, convulsioni**, ecc.

Dopo queste affermazioni ufficiali, com'è ancora possibile sostenere con certezza che il vaccino antiepatitico B non abbia alcuna relazione con la sclerosi multipla e altre malattie del sistema nervoso?

Come mai i medici dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica non avvisano i genitori dei vaccinandi? Perché non diventano più cauti, più umili e quindi anche più possibilisti?

[6]Qualcuno mi sa dire perché il foglietto contenuto all'interno delle confezioni farmaceutiche si chiama '*bugiardino*'? Il dizionario dice che **deriva scherzosamente da bugiardo**. Ma allora mi chiedo, **il bugiardino dice la verità o no**?

Comunque, al di là di queste considerazioni, va anche detto che non è assolutamente possibile dare dei dati attendibili sull'entità dei danni dei vaccini (sia neurologici che non), perché non sono disponibili dati reali sul numero dei danneggiati e perché **si tende a tutti i livelli a sottovalutare gli effetti dannosi segnalati dai genitori dei bambini vaccinati o dai pazienti adulti. Purtroppo, è usanza comune di noi medici negare, non considerare o sminuire molti disturbi da vaccini o da farmaci in generale**, talvolta anche in casi in cui i danni organici e la relazione temporale tra vaccino e sintomi sono palesemente evidenti.

Dopo le innumerevoli segnalazioni provenienti dalla letteratura scientifica, comunque, la questione sul vaccino antiepatitico B è stata approfondita ed è emerso che risulterebbe veramente legato ad un'incidenza maggiore della media di sclerosi multipla. Gli Autori, per cercare di sdrammatizzare il riscontro, hanno però sottolineato con forza nell'articolo (apparso sulla rivista *Neurology*) che i risultati vanno letti con la massima cautela, perché l'associazione trovata non costituisce da sola una prova che il vaccino induca la malattia, ma sono necessari altri studi. I ricercatori, che hanno usato i dati di un database inglese, il *General Practice Research Database* (GPRD), che comprende informazioni su 3 milioni di persone (5% della popolazione) con dati a partire dal 1987, hanno confrontato i dati sulla vaccinazione con quelli relativi alle diagnosi di sclerosi multipla fatte tra il 1993 e il 2000. Con 163 casi di sclerosi multipla e 1.604 controlli, essi hanno evidenziato che **la vaccinazione è associata ad un'incidenza tripla della sclerosi multipla entro 3 anni dalla somministrazione del vaccino** (di questo studio, comunque, ne riparleremo meglio tra qualche capitolo).

DEMENZA INFANTILE

Questo strano quadro clinico, che in un certo senso **ricorda l'autismo**, è stato osservato e descritto per la prima volta da Heller nel 1908 e da Zappert nel 1922. Le descrizioni riguardano bambini che si erano sviluppati in modo del tutto normale e che erano arrivati, per esempio, già a dire le prime parole, ma che poi hanno avuto un improvviso cambiamento di sviluppo con disturbi del linguaggio, alterazioni psicologiche e comportamentali con irrequietezza, graduale riduzione della capacità motoria e deficit cognitivi.

In base alle attuali conoscenze, non ci sono dati neuropatologici o biochimici capaci di spiegare questa sindrome, ma secondo alcuni Autori, come Buchwald, dato che i bambini **all'inizio erano perfettamente sani e avevano già sviluppato le capacità cognitive normali per la loro età**, anche questa patologia può essere imputata alle vaccinazioni, specialmente a quella contro il vaiolo (per quanto riguardava le prime descrizioni cliniche).

Infatti, nei primi decenni del XX° secolo **questa sindrome era particolarmente frequente nei figli delle famiglie benestanti, quelle che più facilmente erano favorevoli a vaccinare i bambini fin da piccoli**. Ricordiamo che Heller e Zapper

erano due medici austriaci e che **in quegli anni la legge tedesca imponeva lo svolgimento del calendario vaccinale entro il compimento del primo anno di vita**. La giustificazione, come si legge nel paragrafo 2 della Legge tedesca del 1948, era la seguente: "*È generalmente noto che i bambini sopportano meglio la vaccinazione nei primi due anni di vita*". In realtà, oggi sappiamo che si trattò di una conclusione errata: non è vero che in questa fascia di età i danni da vaccini sono più rari, ma solo che sono più difficili da riconoscere.

Ovviamente, la relazione tra demenza infantile (chiamata inizialmente anche Sindrome di Heller e Zapper) e i danni da vaccini non è scientificamente provata, però conoscendo le caratteristiche cliniche dell'encefalopatia post-vaccinica, sapendo che in quegli anni il vaccino antivaioloso veniva utilizzato specialmente dalle classi benestanti, che questa sindrome colpiva proprio i figli di queste famiglie e che **l'incidenza di questa patologia andò drasticamente riducendosi con la sospensione della vaccinazione antivaiolosa**, pare molto sensato ipotizzare questo nesso.

15.4.5 Sindrome della morte infantile improvvisa

In sintesi, quello che oggi sappiamo sulla sindrome della morte improvvisa del lattante (*Sudden Infant Death Syndrome* o SIDS), più comunemente nota come "morte in culla", può essere riassunto in questi punti:

— è un fenomeno che non trova ancora una esauriente spiegazione scientifica;

— si manifesta provocando la morte inaspettata di un lattante apparentemente sano, morte che spesso resta non spiegata anche dopo l'autopsia;

— la sindrome colpisce i bambini nel primo anno di vita, con un picco massimo tra il secondo e il quarto mese (80% delle morti), ed è a tutt'oggi **la prima causa di morte dei bambini nati sani**;

— ha un'incidenza stimata, per similitudine con altri Stati occidentali, che oscilla tra lo 0,7 e l'1% fra i nati vivi, che corrisponde a circa 3.000 morti all'anno negli USA;

— in Germania, nei Paesi dell'Europa centrale e in Inghilterra l'incidenza è sovrapponibile a quella USA, mentre **l'Italia e la Grecia sono gli unici Paesi europei dei quali non si conosce l'incidenza nazionale**, ma si stima che nel nostro Paese avvengano circa 300-400 morti all'anno.

Oltre a questi, possiamo aggiungere anche due dati sulla *sindrome della morte fetale improvvisa*:

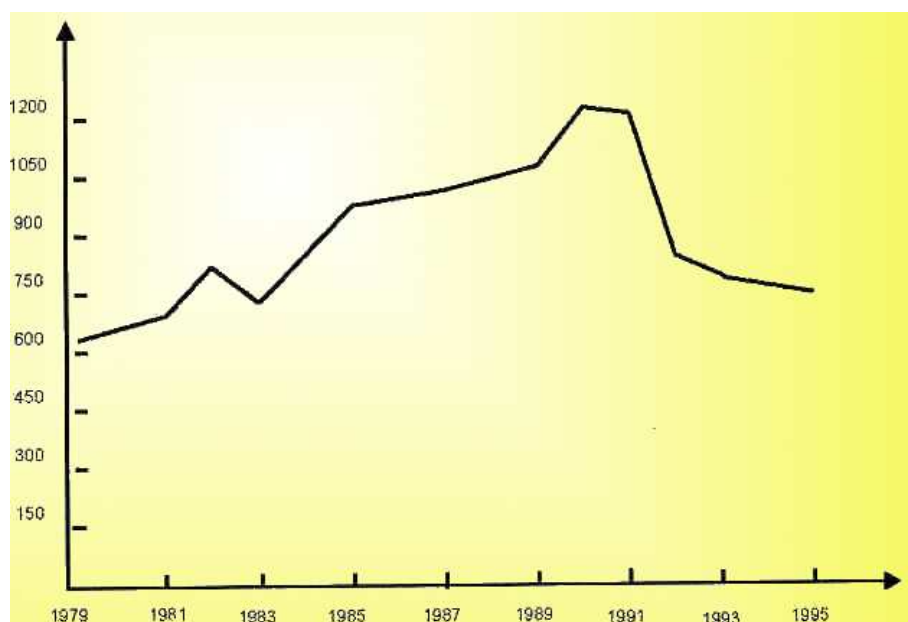
— la morte fetale inaspettata e inspiegabile, dopo la 25^a settimana di gestazione, è la singola causa di decesso più frequente nel periodo perinatale; la sua incidenza è circa 10 volte superiore a quella della SIDS;

— l'incidenza della morte fetale inaspettata nei Paesi occidentali è di circa una su 150 gravidanze secondo i dati del rapporto 2006, *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Già nel 1965, un famoso patologo di Lipsia, il Dr. P. F. Mahnke, pubblicò una ricerca intitolata "*Morte improvvisa nell'infanzia e vaccinazioni avvenute in precedenza*". Da quel momento in poi, molti altri lavori hanno sottolineato questa **relazione tra vaccini e SIDS**.

I dati forniti dalla Repubblica Federale Tedesca testimoniano un netto e graduale aumento dei casi mortali di sindrome della morte infantile improvvisa dal 1979 (data di inizio della registrazione) al 1991, mentre negli anni che seguirono la curva ha cominciato a decrescere.

Negli USA, su 70 casi di morte in culla selezionati a caso, si è evidenziato che **ben il 66% dei bambini deceduti aveva ricevuto il vaccino DTP** (antidifterico-antitetanico-antipertossico) poco tempo prima della morte.

Fig. 20 – **Mortalità di sindrome della morte infantile improvvisa nella Repubblica Federale Tedesca dal 1979 (inizio delle registrazioni) al 1995 (tratto da: *Statistiches Bundesamt Wiesbaden* Gruppo VII D)**

Y = Numero totale dei morti

Tab. 54 – **Dati USA delle distanze temporali delle morti in culla dalla somministrazione del vaccino DTP e loro incidenza su 70 casi di morte in culla**.

Distanza temporale della morte dal vaccino DTP	Incidenza della vaccinazione DTP in 70 neonati morti di SIDS
Entro 12 ore	6,5%
Entro 24 ore	13,0%
Entro 3 giorni	26,0%
Entro 7 giorni	37,0%
Entro 15 giorni	61,0%
Entro 21 giorni	70,0%

Uno studio americano del 1998 che ha analizzato le richieste di indennizzo rimaste discusse dall'entrata in azione (1988) del *U.S. National Vaccine Injury Compensation Program* (VICP) al giugno 1996, ha evidenziato 107 decessi precoci (su 786 richieste di indennizzo) da vaccino DTP. In 73 (68%) di questi la relazione causa-effetto con la vaccinazione era preponderante e in 2/3 di questi ultimi (50 su 73) la prima diagnosi autoptica era stata interpretata come SIDS, diagnosi che poi la *Special Masters of the U.S. Court of Claims* considerò non giustificata. Da allora ad oggi non sembra che le cose siano cambiate (almeno in Italia) e quindi alcuni esperti di questo settore affermano che circa i 2/3 dei casi diagnosticati aspecificamente come sindrome della morte improvvisa infantile (SIDS) siano in realtà da attribuire ad un danno da vaccini.

Interessante è anche l'esperienza giapponese.

— Nel 1975 il governo giapponese ferma la vaccinazione DTP per due mesi e successivamente porta l'età vaccinale a 2 anni: **le segnalazioni dei casi di SIDS arrivano quasi ad azzerarsi**.

— Nel 1988 **numerosi genitori vengono convinti (da una campagna pubblicitaria** condotta dai media) a vaccinare i loro figli a partire dal 3° mese di vita e in 4 anni (fino al 1992) la mortalità per SIDS sale dallo 0,07% (dati del 1980) allo 0,33%, con un aumento di ben 4,7 volte.

— Nel 1993, probabilmente a causa delle numerose domande di indennizzo ricevute, **il Giappone interrompe la vaccinazione DTP e rende facoltative tutte le vaccinazioni.**

Per identificare la causa della "morte in culla" sono stati effettuati studi epidemiologici che hanno rilevato l'esistenza di alcuni fattori di rischio prevenibili e di altri non prevenibili, ma nessuno di questi è risultato una causa specifica della SIDS.

Secondo molte Istituzioni, il 50-75% delle morti fetali risulta inspiegabile a causa della mancanza di un protocollo standard di indagine post-mortem, specie nel campo della neuropatologia.

Recenti risultati della ricerca svolta nel Centro di Ricerca "*Lino Rossi per lo studio e la prevenzione della morte inaspettata perinatale e della SIDS*" dell'Università degli Studi di Milano hanno contribuito ad identificare la natura e la localizzazione delle lesioni responsabili di tali patologie e sarebbe emerso che si tratta di anomalie congenite del tronco cerebrale, sede della regolazione reflessogena delle attività vitali (specie cardio-respiratorie), e del sistema di conduzione dello stimolo elettrico all'interno del cuore.

I fattori di rischio determinanti sono rappresentati dal **fumo di sigaretta materno** (i cui effetti altamente lesivi sono incrementati dall'azione sinergica degli inquinanti atmosferici), da **altre droghe**, dall'**alcolismo materno** e da **farmaci** per lo più **sedativi**.

L'Istituto di Anatomia Patologica del Prof. Matturri è il Centro di riferimento per la ricerca in campo nazionale, come indicato nella legge n.31 del 2 febbraio 2006 "*Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto*" (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.34 del 10 febbraio 2006). Infatti, nell'art.1 comma 2 della legge è scritto: "Il riscontro diagnostico di cui al comma 1 è effettuato secondo il protocollo diagnostico predisposto dalla prima Cattedra dell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Milano".

Più specificatamente, il Prof. Matturri scrive:
"*I nostri studi condotti su un'ampia casistica (oltre 200 casi) hanno messo in evidenza, nelle vittime di morte inaspettata dell'infante e perinatale, frequenti alterazioni, per lo più congenite, del sistema nervoso autonomo e di conduzione cardiaco, plausibili substrati di morte improvvisa aritmogena. Tali studi hanno stabilito una continuità tra morte inaspettata fetale, morte perinatale e SIDS. Nel complesso, trattasi di una patologia multifattoriale comprendente anomalie congenite del sistema nervoso autonomo, principalmente cardio-respiratorio, delle prime vie digestive, del risveglio e del sistema di conduzione cardiaco. Tra le anomalie congenite, l'ipoplasia del nucleo arcuato, riscontrata in oltre il 50% dei casi, è di particolare interesse. Talvolta è associata ad anomalie di altre strutture del sistema nervoso vegetativo, quali la formazione respiratoria reticolare e il complesso parabrachiale di Kolliker-Fuse, nonché da vie accessorie del sistema di conduzione cardiaco. Tali difetti di sviluppo sono risultati essere di natura primitiva e pertanto di probabile natura genetica.*
Un ulteriore originale contributo avente per oggetto nel feto l'associazione tra ipoplasia del nucleo arcuato e ipoplasia polmonare testimonia il ruolo del tronco cerebrale nello sviluppo polmonare.
L'individuazione nella morte inaspettata perinatale e infantile, compresa la SIDS, di frequenti anomalie del sistema nervoso autonomo di natura primitiva ci ha sug-

gerito la necessità di estendere lo studio sul ruolo mutageno e aterogeno del principale fattore di rischio e cioè il fumo di sigaretta passivo. Il meccanismo patogenetico della lesività da fumo è riconducibile a diversi fattori. I prodotti di combustione della nicotina, oltre a esercitare una diffusa tossicità, sono eterogenei e causano lesioni specifiche di strutture del sistema nervoso autonomo. ***Prodotti di combustione gassosi, quale l'ossido di carbonio, determinano lo sviluppo di placche aterosclerotiche nei differenti distretti arteriosi e nelle arterie dei nodi senoatriali e atrioventricolari del sistema di conduzione cardiaco.*** *Le nostre indagini hanno messo in evidenza nei casi di SIDS anche frequenti anomalie di sviluppo del sistema di conduzione cardiaco (resorptive degeneration, vie accessorie, sdoppiamento del nodo atrio-ventricolare, ecc.)".*

In conclusione, allo stato attuale, nonostante si stiano accumulando già molti dati, **non è ancora certa la vera natura di questa sindrome, ma un numero sempre maggiore di Autori la collega alle vaccinazioni, perché si ritiene che i vaccini inducano uno squilibrio del sistema immunitario così profondo che, in soggetti con una patologia congenita latente in equilibrio precario, sia possibile la sua slatentizzazione.**

15.4.6 Tumori, leucemie, linfomi

Sul nesso tra vaccinazioni e patologie neoplastiche ci sono due grossi rilievi:

— un rilievo temporalmente 'antico' che speriamo non si ripeta più, ma che è bene conoscere: mi riferisco al fatto che i vaccini (specie quelli virali) usati negli anni passati (mi riferisco in particolare al vaccino antipoliomielitico) potevano essere contaminati da vari e pericolosi virus;

— un rilievo più recente che sta emergendo in questi ultimi anni e cioè che vengono pubblicati studi clinici che correlano sempre più frequentemente le vaccinazioni avvenute in età infantile con alcuni tipi di tumore, specie i tumori ematologici come i linfomi.

Cerchiamo ora di spiegare meglio questi due punti che potremo intitolare nel seguente modo:
– Vaccini come vettori di tumori virali,
– Vaccini come attivatoci di processi tumorali.

VACCINI COME VETTORI DI TUMORI VIRALI

Va subito detto che il grosso e misconosciuto problema (ignorato anche dalla quasi totalità dei medici) è che **le tecniche di fabbricazione dei vaccini** (specie quelle usate negli anni passati) **implicano quasi inevitabilmente l'inquinamento degli stessi con virus patogeni o con proteine o geni estranei al nostro organismo.**

Infatti, buona parte dei vaccini viene ottenuta coltivando i rispettivi batteri o i virus nel corpo o in particolari organi di un animale (reni di scimmia, addome di pecora, cervello o midollo spinale di coniglio e di cane, cervello di scimmia, ecc.), altri vaccini sono coltivati su prodotti animali (uovo di pollo o di anatra), altri su cellule o tessuti umani, altri invece sono ottenuti con le tecniche di manipolazione genetica.

Quindi, alla luce di ciò, è molto difficile che i comuni vaccini, specie quelli preparati da tessuti animali, possano essere ritenuti totalmente innocui, in quanto **le sostanze estranee** (siano esse tossiche, batteriche, virali o delle semplici proteine che ancora oggi il vaccino può contenere) **possono avere effetti imprevedibili nel corpo del vaccinato.**

La presenza di virus estranei nei vaccini coltivati nell'animale o in prodotti dell'animale è sicuramente l'evento più pericoloso e che incide maggiormente nell'aumentare i rischi. Pertanto dobbiamo dire che il vaccino, come è stato più volte provato, *può contenere* – oltre agli agenti patogeni (o frazioni di essi) della malattia da cui si vuole immunizzare – altri agenti patogeni i cui effetti indesiderati possono manifestarsi presto o tardi in modo dannoso.

Ad esempio, sappiamo che **gli animali sono portatori di *virus latenti* (cioè virus che vivono in uno stato durante il quale non scatenano malattie). Sono virus tipici della loro specie e inoffensivi per l'animale sano che vive nel proprio ambiente naturale**, in quanto facenti parti del patrimonio che esso ha ereditato geneticamente dai suoi genitori. **Questi virus, però, sono in grado di passare dallo stato di latenza a quello di virulenza se introdotti in altre specie animali**. Questa prerogativa è molto importante se si pensa che il virus introdotto nell'uomo col vaccino si trova in un ambiente nuovo, cioè in un altro 'terreno' che funziona sempre da stimolo per uscire dalla fase di quiescenza.

Oltre a ciò, va anche considerato che per ottenere i vaccini si utilizzano anche virus oncogeni e cellule artificialmente rese cancerogene (in modo da renderle 'immortali' e poterle quindi riprodurre 'all'infinito'). Enzimi e frammenti di geni derivati da questi virus e/o cellule oncogene vengono miscelati con il liquido delle colture cellulari con il rischio di inquinare con virus fortemente pericolosi il vaccino che alla fine si ottiene. È quanto pare sia accaduto in passato con:

— *il vaccino antipoliomielitico orale Sabin* (che conteneva il virus SV-40, il virus erpetico, il virus citomegalico e quello di Epstein-Barr),

— *il vaccino per la febbre gialla* (che conteneva **un virus inducente la leucemia**),

— *il vaccino dell'epatite B* (che secondo alcuni Autori **poteva contenere il virus dell'AIDS** quando **questo vaccino, nei primi anni, veniva preparato a partire da scimmie contaminate**).

La cosa, per quanto pazzesca, pare essere realmente accaduta e la documentazione è stata pubblicata nel 1996 in un libro la cui prefazione è stata scritta addirittura

dal Dr. W. John Martin, che in quel tempo era direttore della Sezione di Oncologia Virale del Dipartimento di Biologia (l'attuale *Center for Complex Infectious Diseases*) della FDA e che è stato responsabile delle sperimentazioni umane per la contaminazione dei vaccini tra il 1976 e il 1980.

Che i vaccini fossero contaminati era noto già negli anni '60, ma si cercò di insabbiare la cosa, anche se nel 1972, ad un congresso statunitense, la batteriologa Bernice Eddy (che **lavorava al NIH e che dopo le sue scoperte, fatte di sua iniziativa, si vide retrocessa, privata dei fondi per continuare il lavoro che aveva intrapreso e punita con il divieto di effettuare ulteriori test e di pubblicare i suoi studi**) disse: "***Se continuate a permettere la produzione di questi vaccini contaminati, vi garantisco che entro i prossimi vent'anni avrete un'epidemia di cancro quale il mondo non ha mai vista***". Le sue ricerche avevano dimostrato che **gli estratti delle cellule renali di scimmie usati per produrre i vaccini antipoliomielite risultavano positivi al test di cancerogenicità nei criceti**.

Era una nuova Cassandra o semplicemente una persona fiduciosa nel principio di cautela? Io non lo so, ma mi pare che la sua previsione si sia realizzata. In realtà, se negli anni 1960-80 poteva forse essere difficile avere dei vaccini non contaminati, oggi queste scuse non esisterebbero più ... ma ci sono i soliti interessi economici di pochi che alla fine rischiano di contare più del bene di molti.

Ad esempio, Hilleman, uno studioso del problema della contaminazione da visus SV-40, aveva precisato che:

— il vaccino antipoliomielitico di Salk è stato più pericoloso di quello di Sabin perché la formaldeide usata per uccidere il virus della polio in realtà non uccide in modo adeguato il virus SV-40 della scimmia che il vaccino conteneva;

— il vaccino antipoliomielitico di Salk veniva iniettato e quindi questa via aumentava le possibilità che il virus SV-40 della scimmia riuscisse ad infettare l'individuo che lo riceveva (la probabilità era inferiore con il virus orale di Sabin proprio perché per la somministrazione di quest'ultimo ci si serviva delle vie naturali di entrata dall'esterno che l'organismo presidia con difese immunitarie particolari);

— **utilizzare animali selvaggi per ottenere tessuti renali di scimmia crea ovvi problemi per la mancanza di controlli** e la nota elevata probabilità che questi animali siano infettati da virus; d'altra parte, **è troppo costoso allevare in specifiche colonie grandi numeri di scimmie selezionate**, quindi sarebbe da non usare le scimmie.

In pratica, però, anche i consigli di Hilleman non furono considerati per le forti pressioni delle Ditte Farmaceutiche che preferivano le scimmie e che si limitarono a passare dal macaco (usato inizialmente) alla scimmia verde africana. Inoltre, **l'opinione pubblica fu tranquillizzata facendo pubblicare STUDI A BREVE**

TERMINE eseguiti su bambini esposti al virus SV-40 e facendo vedere che non avevano subito danni (in realtà, tutti sanno, e l'Industria Farmaceutica più di tutti, che un vaccino contenente virus cancerogeni non manifesterà mai i suoi effetti a breve termine, ma dopo anni di incubazione).

Ora la storia potrebbe ripetersi perché la FDA e l'Industria Farmaceutica rifiutano di promuovere studi per identificare altri virus delle scimmie o di altri animali che avrebbero potuto essere trasmessi all'uomo attraverso il virus antipolio (infatti, le scimmie verdi africane hanno il virus SV-40 in basse percentuali [circa il 10%], ma presentano altri virus che sono saprofiti per loro ma patogeni per noi).

Oltre a ciò, andrebbe approfondito anche l'enorme e dibattuto problema dell' **ipotesi che il vaccino antipolio possa trovarsi all'origine dell'infezione da HIV, cioè dell'AIDS, nonostante si cerchi in tutti i modi di soffocare i dati che dimostrerebbero questa relazione**.

Questo problema era stato affrontato in modo molto lucido e chiaro già nel 1994 da due studiosi americani che avevano scritto che **era ampiamente noto che i vaccini antipoliomielitici erano contaminati dal virus delle scimmie SV-40 e che questo trasferimento del virus animale all'uomo era stato molto rilevante anche per l'AIDS**, perché l'agente responsabile dell'AIDS, l'HIV, è ritenuto derivare da un virus delle scimmie. I due ricercatori conclusero quindi che non si poteva escludere che **la pandemia di AIDS potesse essere stata originata dai vaccini antipolio contaminati da virus animali e somministrati ad abitanti dell'Africa equatoriale negli anni 1957-1959**.

Ora però, vorrei lasciare da parte la grande e difficile problematica sull'origine dell'AIDS (a cui accenneremo ancora nelle pagine seguenti) e vorrei analizzare meglio ***l'importante relazione tra il vaccino antipoliomielitico e il virus SV-40*.**

Ci vollero numerose ricerche e studi per riuscire a far crescere il virus della poliomielite negli animali, finché nel 1951-52 **alcuni ricercatori americani scoprirono che il virus cresceva bene nel rene di scimmia.**

Nel 1955 negli USA viene commercializzato il vaccino antipoliomielitico con virus uccisi di Salk e vengono vaccinate milioni di persone.

Nel 1957 Koprowski attua la prima vaccinazione orale di massa contro la poliomielite nel Congo Belga (oggi Zaire) vaccinando circa 240.000 persone con il vaccino orale di Sabin coltivato su rene di scimmia: **l'Africa è sempre stata ed è tuttora considerata un buon campo di sperimentazione**!

Nel 1959, un ricercatore israeliano fece sapere che **un virus sconosciuto presente nelle scimmie aveva contaminato il vaccino usato nel Congo Belga**. Nel 1960 due scienziati, M.R. Hilleman e B.H. Sweet, scoprirono che nel 70% delle colture cellulari effettuate sui reni di scimmia per far crescere il virus della poliomielite (poi usato per preparare il vaccino di Salk) era contenuto il virus SV-40 (S deriva dal latino *Simia* e V significa *virus*).

Questo è un virus normalmente presente nelle scimmie e quindi presente anche nel loro tessuto renale. Era pertanto ovvio che avesse contaminato pure i vaccini antipoliomielitici (ottenuti dai tessuti renali) e che attraverso questi fosse passato alle persone che erano state vaccinate. Il problema si era creato perché in passato, non conoscendo questo virus, non lo si era potuto eliminare e inoltre non si conosceva assolutamente neppure la sua pericolosità. **Negli anni successivi si scoprì invece che è un virus saprofita per le scimmie ma patogeno quando passa in altre specie animali**. In particolare, diventa **cancerogeno per l'uomo perché causa tumori maligni**: si è visto che causa con una certa frequenza il *mesotelioma*, ma anche l'*osteosarcoma* e l'*ependimoma*.[7]

Nel 1961, negli USA viene commercializzato il vaccino antipoliomielitico orale di Sabin con virus vivi (la sua produzione costava meno del vaccino Salk), che quindi sostituisce quasi completamente il vaccino parenterale di Salk.

Sempre nel 1961, i Dr. Gerber, Hottle e Grubbs scoprirono che **il trattamento usato per inattivare l'SV-40 non era completamente efficace**. Si cercò allora una metodica per identificare questo virus nei terreni di coltura e fu raccomandato che nessun lotto di vaccino venisse commercializzato senza un risultato negativo del test. Però intanto, **negli USA, dal 1955 al 1961 circa 100 milioni di persone erano state vaccinate con il vaccino antipoliomielitico di Salk contenente il virus cancerogeno SV-40**.

Uno studio retrospettivo tra coloro che avevano ricevuto il vaccino contaminato dal virus e avevano sviluppato un tumore nel ventennio 1973-1993 ha evidenziato un aumento dell'incidenza dei seguenti tumori:
— *mesotelioma*: +90%,
— *ependimoma*: +37%,
— *sarcoma osteogenico*: +26%,
— *vari altri tipi di tumori ossei*: +34%.

Nel decennio del 1990 si pensava che tutto questo grave e inaspettato problema fosse confinato al vaccino antipoliomielitico di Salk, invece nel 2001 viene pubblicato uno studio che dimostra che **anche il vaccino di Sabin era contaminato dal virus SV-40**. Negli anni precedenti, infatti, erano aumentate le segnalazioni di casi di tumori umani contenenti il virus SV-40. Erano sicuramente solo delle segnalazioni sporadiche, anche se uno studio del 2002 dimostrò che **la popolazione austriaca (da sempre poco esposta al virus SV-40 di origine vaccinale) aveva una ridotta incidenza di mesotelioma, in confronto con gli altri Paesi le cui popolazioni erano state largamente vaccinate.**

Si cominciò allora a chiedersi se le Ditte Farmaceutiche avevano effettivamente controllato i terreni di coltura in cui avevano fatto crescere il virus della poliomielite per preparare il vaccino. La risposta non fu ovviamente ufficiale, ma era ugualmente

[7] Il *mesotelioma* è un tumore del rivestimento mesoteliale della pleura o del peritoneo; l'*osteosarcoma* è un tumore maligno dell'osso; l'*ependimoma* è un tumore composto da cellule ependimali presenti nei ventricoli cerebrali e nel canale centrale del midollo spinale.

degna di grande considerazione. Si scoprì che dal 1961 **la Ditta Farmaceutica in causa:**

— non aveva controllato i vaccini in modo adeguato;

— **aveva addirittura commercializzato ceppi vaccinali che sapeva essere realmente infetti**;

— invece di eseguire il test, aveva poi cambiato specie di scimmia da cui era solita prelevare i tessuti, **pur sapendo che anche la nuova specie (la Scimmia Verde africana) aveva il virus** in una piccola percentuale di casi (in circa il 10%).

Questo è quanto è stato lentamente scoperto, ma **sono stati impiegati trent'anni per capire quello che le Ditte Farmaceutiche hanno sempre taciuto e insabbiato**. Nel frattempo, in noi, i virus animali hanno lentamente causato effetti patologici a lungo termine e per questo motivo sono stati definiti '*slow virus*', cioè virus lenti.

Oggi si ritiene che molte patologie degenerative del sistema nervoso centrale possano essere causate proprio da alcuni virus lenti. Al gruppo dei virus lenti appartengono anche i *prioni*, che sono delle proteine capaci di resistere alle condizioni più svariate e proprio per questo sono proteine molto difficili da debellare.

Queste scoperte hanno messo in serio dubbio l'affidabilità di tutti i vaccini (proprio perché vengono quasi sempre prodotti in tessuti o cellule animali) e ovviamente anche di tutti i farmaci prodotti in organismi animali (che comunque in questi ultimi anni sono stati pian piano eliminati).

Nella rivista tedesca per farmacisti '*Deutsche Apothekerzeitung*' del 20 settembre 1990 si legge: "Non si può escludere che le infezioni da 'slow virus' possano essere trasmesse dall'animale all'uomo. ... Un ulteriore problema è costituito dall'estrema resistenza di questo virus non comune. Per la produzione dei medicinali costituiti da organi animali e da estratti di organi, questo potrebbe comportare gravi conseguenze. ... In tal modo, la produzione e in particolar modo **l'utilizzo dei vaccini nascondono rischi incalcolabili e in parte devastanti, in merito ai quali non viene fornita un'informazione sufficiente e dei quali spesso i pazienti non sanno nulla** ... I misteriosi prioni sono per lo più resistenti nei confronti delle misure più diffuse atte ad inibire l'attività dei germi patogeni. Ad esempio, mantengono la propria caratteristica infettiva anche ad una temperatura superiore agli 80°C, oppure dopo il trattamento con raggi ultravioletti o raggi ionizzati e resistono ai disinfettanti più aggressivi".

Ricordiamo tutti il caso dell'*encefalopatia bovina spongiforme* (BSE), cioè di quella strana patologia, diffusasi in Inghilterra tra gli animali domestici, che obbligò gli allevatori ad abbattere centinaia di migliaia di capi di bestiame per tentare di limitarne il contagio. Oggi sappiamo che i *prioni* erano la causa di questa patologia, nata perché i bovini inglesi venivano costretti ad alimentarsi, per motivi puramente

economici, con una dieta che non rispettava le leggi naturali: mangiavano proteine ottenute da carcasse di animali (non scordiamo che **i bovini sono vegetariani, mentre gli allevatori inglesi li avevano trasformati in carnivori**). La conseguenza di queste manipolazioni e speculazioni è stata questa patologia, che ha comportato danni economici e morti (fortunatamente rari tra gli uomini) ben superiori ai guadagni che gli allevatori hanno avuto risparmiando nell'alimentare i loro bovini con le carcasse di altri animali.

Una malattia simile è la ***malattia kuru*** che si verifica nella popolazione dei Papuas e che ha un periodo di incubazione di 18-30 anni. **Questa malattia umana insorge a seguito dell'usanza della popolazione dei Papuas di consumare il cervello dei morti**.

VACCINI COME ATTIVATORI DI PROCESSI TUMORALI

Prima di tutto va ricordato quanto abbiamo già detto dei test sperimentali a cui le Ditte Farmaceutiche sottopongono i vaccini prima di iniziare a testarli nell'uomo: *gli studi di mutagenicità e di carcinogenicità non sono considerati necessari per i vaccini e quindi non vengono minimamente eseguiti*.

Si può capire questa esenzione per il solo **vaccino antinfluenzale**, perché non è obbligatorio, viene meno usato nei bambini e poi viene preparato nuovo ogni anno e quindi non ci sarebbe il tempo di sottoporlo a studi sperimentali tossicologici che richiedono mesi o anni per la loro esecuzione, ma ciò non può valere per gli altri vaccini pediatrici.

La mancanza di questi studi dovrebbe essere condannata già in partenza dai Ministeri della Sanità dei vari Governi e in particolare dai vari organismi sanitari internazionali (FDA, OMS) per vari motivi:

— non si possono somministrare virus attenuati o parte di genoma virale in neonati senza avere la certezza che siano innocui, specie quando sappiamo che

— i virus si moltiplicano rapidamente e proprio per questo possono variare molto facilmente il loro genoma;

— i virus possono portare parti di genoma di altri virus o proteine anomale di cui non sempre conosciamo gli effetti biologici;

— i bambini hanno una lunga prospettiva di vita e quindi non possiamo osservare solo a breve termine gli effetti dei trattamenti che facciamo loro;

— sono disponibili già molti dati che dimostrano il passaggio nell'uomo di virus virali;

— **stanno emergendo dati recentissimi che i vaccini inducono processi tumorali**.

Vediamo ora qualche dato scientifico concreto.

Ci sono vari studi che hanno individuato una alta **correlazione positiva tra vaccinazioni e tumore**, specie *linfoma non-Hodgkin*.

Già negli anni ‘50 e ‘60 sono stati registrati numerosi casi di tumore:

— sia lontano dal sito dove era stato inoculato il vaccino:

1. leucemia linfocitica dopo vaccino antivaioloso,
2. leucemia acuta dopo vaccino antivaioloso e dopo vaccino antipoliomielitico orale,
3. linfoma di Hodgkin dopo vaccino antivaioloso,
4. carcinoma a cellule basali dopo vaccino antitubercolare,
5. idradenoma dopo vaccino antitubercolare;

— *sia nel sito cutaneo di inoculazione del solo vaccino antivaioloso*:

1. tumori cutanei di vario tipo.
2. epitelioma a cellule basali,
3. melanoma maligno,
4. carcinoma squamoso.

Nel 1976, infine, è stato dimostrato **il potere oncogenico del virus del vaiolo** scoprendo che il genoma virale non si ferma al citoplasma della cellula infettata ma giunge al nucleo e vi rimane per un discreto periodo di tempo e nello stesso periodo si dimostra che **anche il vaccino antipoliomielitico aumenta il rischio di leucemia e può causare linfoma di Hodgkin**.

Nel 1980 si scopre che anche la vaccinazione antitubercolare con BCG può indurre un epitelioma a cellule basali ed è allora lecito chiedersi se altri vaccini vivi (batterici o virali) possano attivare, anche dopo un discreto periodo di latenza, dei processi tumorali.

Negli anni più recenti prevalgono i casi di tumore dopo vaccino antipoliomielitico, anche se non mancano i tumori da altri vaccini. Alcuni esempi sono:

— uno studio del 1997 ha dimostrato **una aumentata incidenza di linfoma non-Hodgkin tra coloro che avevano ricevuto il vaccino antipoliomielitico sotto i 10 anni di vita**;

— nel 2000 l’*Istituto Mario Negri* di Milano ha trovato **una aumentata incidenza di linfoma non-Hodgkin tra coloro che avevano ricevuto il vaccino antipoliomielitico e antitubercolare**;

— uno studio tedesco del 2004 ha dimostrato **un ridotto rischio di linfoma Hodgkin e non-Hodgkin in coloro che avevano avuto una malattia infettiva come morbillo e pertosse, mentre il rischio di linfoma era aumentato in coloro che erano stati precedentemente vaccinati contro la tubercolosi**.

Va detto che è abbastanza comprensibile che siano stati evidenziati effetti proneoplastici con i vaccini antivaioloso, antipoliomielitico orale e antitubercolare BCG, sia perché sono vaccini in uso da molto tempo, e sappiamo che questo tipo di patologia si sviluppa molto lentamente, sia perché **questi vaccini utilizzano germi vivi attenuati che si replicano nell'organismo umano.**

Comunque, tutte queste segnalazioni spontanee ed isolate, nonostante la gravità e la pericolosità dell'argomento dato che quelli che ricevono i vaccini sono dei bambini e per di più sani, non hanno minimamente suscitato una qualche presa di posizione da parte delle Autorità sanitarie dei Paesi utilizzatori dei vaccini. Non volendo accusare di **indifferenza e menefreghismo** i Ministeri della Salute, penso solo che la ragione risieda probabilmente nel fatto che essi non hanno mai preso coscienza della cosa, perché **tutto è nelle mani dell'Industria Farmaceutica che, ovviamente, non ha alcun interesse a far sapere che i vaccini possono causare tumori** e pertanto non è minimamente motivata a fare studi in questo settore che per lei stessa sarebbero sicuramente controproducenti. Quindi, mancando studi clinici ben strutturati, si trovano solo '*case report*', cioè segnalazioni di singoli casi clinici.

È palese che ciò non discolpa le Autorità sanitarie, perché sono loro i nostri referenti e stanno commettendo il grave errore di lasciare il timone della sanità totalmente nelle mani delle Ditte Farmaceutiche limitandosi ad avvalorare quello che queste ultime fanno loro sapere e vedere.

Questa, per ora, è la realtà d'oggi e finché permetteremo che l'Industria Farmaceutica abbia i suoi uomini sia nei Ministeri della Salute che ai vertici del mondo politico, non dovremo mai aspettarci prese di posizione vere, imparziali e decise veramente per il solo nostro bene.

15.4.7 AIDS

Una situazione simile a quella accaduta col virus SV-40 potrebbe essere accaduta anche per il virus dell'AIDS. La domanda cioè è questa: "*I ricercatori che hanno messo a punto il primo vaccino contro la poliomielite sono responsabili dell'epidemia dell'AIDS?*".

Il primo che negli anni '90 sollevò questo dubbio fu Edward Hooper che lavorò molti anni in Africa per la BBC e la UN e che scrisse un libro (chiamato in inglese '*Slim*') in cui descrisse l'epidemia di AIDS dell'Africa Orientale. Un suo nuovo recente libro ('*The River: a journey to the source of HIV and AIDS*', pubblicato nel 1999) ottenne un grande successo, sia editoriale che scientifico, fu discusso dalla

BBC Press Releases e dal *New York Times* e suscitò grandi e costruttivi dibattiti tra i virologi e molti ricercatori sull'AIDS.

Hooper aveva attentamente raccolto una grande quantità di materiale scientifico riguardo le prime fasi dell'infezione da HIV e di AIDS, unitamente ad alcune centinaia di interviste e di documenti con più di 4.000 citazioni bibliografiche. La sua ipotesi si basa sui seguenti fatti e deduzioni.

Nel 1957 e 1958, Koprowski (del *Wistar Institute di Philadelphia*) stava somministrando il vaccino antipoliomielitico orale secondo **un protocollo sperimentale pre-commercializzazione** che prevedeva il suo uso in Burundi, in Ruanda e nel nord-est del Congo. Non molto lontano da quella che era la base di queste ricerche, a Camp Lindi, venivano tenuti degli scimpanzé che servivano per altre sperimentazioni mediche. Pare che questi scimpanzé fossero portatori di un virus dell'immunodeficienza dei primati (PIV: *primate immunodeficiency virus*). I reni di questi scimpanzé furono spediti da Camp Lindi al Dipartimento di Virologia dell'Ospedale Pediatrico di Philadelphia negli anni 1958 e 1959. Hooper ritiene (dimostrandolo con ampia bibliografia) che questi reni finirono al *Wistar Institute* (cioè il laboratorio di Philadelphia dove fabbricavano il vaccino antipoliomielitico) e ritiene che contaminarono i vaccini con il PIV.

Questo vaccino antipoliomielitico fu poi utilizzato per le campagne vaccinali sperimentali eseguite nel Congo Belga e qui avrebbe potuto trasmettere il virus che poi si sarebbe trasformato nel noto HIV-1, che avrebbe quindi rappresentato il punto di partenza dell'epidemia mondiale da HIV-1. Nei successivi 15-20 anni, l'infezione umana sarebbe progredita fino all'AIDS conclamata che fu documentata primariamente nell'Africa Centrale a partire dalla seconda metà degli anni '70.

Una tale storia, purtroppo, è molto verosimile ed è stata suffragata da una grande quantità di dati. Ciononostante, non sono ovviamente mancate le critiche e i tentativi per ritenerla inaffidabile, tanto che si continua ancor oggi a citare, come se la sua autorevolezza fosse sufficiente, il giudizio molto sommario che l' *US Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) emanò ancora nel 1992 e cioè precedentemente alla pubblicazione del libro di Hooper:

"*La supposizione che l'HIV, il virus dell'AIDS, sia stato originato da una involontaria inoculazione di un virus simile all'HIV presente in colture di cellule renali di scimpanzé usate per preparare il vaccino antipoliomielitico è una delle molte ipotesi senza fondamento. Il peso dell'evidenza scientifica non supporta questa idea e non c'è più ragione di credere a questa ipotesi che è un'ipotesi come molte altre che è stata considerata e rifiutata dalla comunità scientifica*".

Per quanto riguarda l'AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), non si può certo risolvere la cosa in poche pagine, perché su questo argomento sono stati scritti moltissimi articoli scientifici e libri, però quello che possiamo riassumere è che **su questa patologia circolano bugie e inganni in grande stile** e quello che è emerso – e che alcuni studiosi hanno denunciato – è che **l'AIDS**, oltre a molta sof-

ferenza e morte, **ha causato immensi guadagni ad alcune Ditte Farmaceutiche, a multinazionali ad esse associate, a organizzazioni di vario tipo e a medici**. Alcuni pensano che sia proprio questo fattore economico a giustificare molte bugie. Infatti, molti Stati e in particolare gli USA hanno finanziato le ricerche sull'AIDS stanziando miliardi di dollari anche nel tentativo di individuare dei farmaci o dei vaccini capaci di eliminare il virus.

Quanto più la patologia è grave e quanto più i mass-media pubblicizzano i rischi di contagio, le conseguenze, le modalità di prevenzione, la terapia, ecc., tanto più i Governi, per tenere l'opinione pubblica tranquilla, finanziano l'Industria Farmaceutica e i medici per trovare una soluzione al problema. La cosa sembrerebbe più che legittima e logica, ma in realtà lo è meno se per poter ottenere i finanziamenti **si giunge a raccontare bugie che hanno l'obiettivo di amplificare la paura del contagio**. Esempi, oltre all'AIDS, sono la famosa *SARS* (polmonite atipica o sindrome acuta respiratoria grave) dell'inverno 2002-2003, la già citata BSE, l'influenza aviaria, il *papillomavirus* e chissà cos'altro escogiteranno.

Per quanto riguarda l'AIDS, comunque, si pensi solamente alla lite tra Francia e Stati Uniti sull'aggiudicarsi la scoperta del virus, non tanto per vanagloria, ma **per poter godere dei diritti sul brevetto del test dell'AIDS, dietro al quale girano una valanga di miliardi di dollari**. **Il test per l'AIDS, infatti, costa circa 20 euro e viene oggi eseguito a tappeto** non solo fra tutti coloro che sono a rischio di AIDS (omosessuali, tossicodipendenti, ecc.), ma **anche prima di ogni intervento chirurgico o durante ogni ricovero ospedaliero** o per ogni minimo sospetto diagnostico. Se moltiplichiamo questi 20 euro per i milioni di persone che in tutto il mondo vengono sottoposte a questo test, si può comprendere l'interesse economico che stava dietro al tentativo di accaparrarsi il suo brevetto.

D'altra parte, che l'AIDS sia una malattia virale trasmessa con il sangue oltre che con i rapporti sessuali, è una cosa ormai acquisita ed è altrettanto noto che, proprio per questo, all'inizio degli anni '80 gli USA erano esportatori in tutto il mondo non solo di sangue e di emoderivati, come il plasma, ma anche del virus HIV. Infatti, è notissimo che in quegli anni **tra i donatori americani c'erano molti portatori del virus HIV** proprio perché **in America il sangue viene pagato e molti tossicodipendenti, per avere un po' di soldi, vendevano il proprio sangue**.

Solo intorno al 1985 sono state adottate delle misure di controllo degli emoderivati utilizzando proprio il test per l'HIV, ma, nonostante questo, si verificarono ugualmente molte infezioni da HIV perché il test dell'AIDS stabilisce se un individuo ha sviluppato anticorpi contro il virus HIV e se nel sangue si ritrovano questi anticorpi il paziente è ritenuto infetto. Oggi, però, sappiamo che **dal momento in cui si contrae il virus possono passare fino a 3-4 mesi prima che l'organismo produca gli anticorpi**. Quindi, un individuo che ha contratto il virus di recente, se viene sottoposto al test risulta non infetto per circa 3 mesi ed è proprio per questo motivo che molte persone hanno continuato a ricevere sangue infetto che era invece certificato come sicuro.

Oggi, ovviamente, con il crescere delle conoscenze questo rischio è stato *quasi annullato*, ma chi garantisce che tra qualche anno non si scoprirà qualche altro agente trasmissibile (non solo un virus, ma anche una semplice proteina) capace di attivare processi infettivi, autoimmunitari, degenerativi o neoplastici nel ricevente? I vaccini, per la cui preparazione servono batteri, virus e/o terreni di coltura di tipo biologico, sono stati, ma in parte lo sono ancora, una potenziale fonte di contagio e di diffusione di sostanze e/o agenti patogeni.

Non scordiamo, infatti, che non sono stati rari i casi di agenti trasmissibili creati ex-novo in laboratorio e poi sfuggiti al controllo e diffusi all'esterno, per non parlare poi dei giochi economici delle Ditte Farmaceutiche o comunque delle multinazionali (a qualsiasi livello) che, per il loro interesse monetario, sono disposti a fare e a giustificare qualsiasi cosa (al giorno d'oggi, ad esempio, è tristemente famoso lo **sporco gioco sotterraneo** che alcuni fanno anche nel campo bioetico con la creazione ad hoc di "Comitati di Bioetica" interni, formati da personaggi scelti e pagati appositamente allo scopo di ottenere l'autorizzazione per eseguire gli esperimenti e interventi prefissati).

Capitolo 16

DANNI DA COMPONENTI BIOLOGICHE DEI VACCINI

Abbiamo detto che è in corso una massiccia campagna pro-vaccini (quasi completamente finanziata in modo diretto e indiretto dall'Industria Farmaceutica). Infatti, le lettere e pubblicazioni diffuse dai servizi vaccinali riportano sempre la stessa affermazione categorica che non ammette eccezioni: ***"La vaccinazione è un atto medico preventivo SICURO ED EFFICACE".***

Abbiamo però anche detto che oggi molti ricercatori onesti di questo settore della Medicina sanno e ammettono che **non è così**.

Inoltre, non va dimenticato che oggi i bambini manifestano una elevatissima presenza di malattie "moderne": **uno su 10 è asmatico; complessivamente uno su tre è allergico; ogni anno circa 400 neonati muoiono nel sonno per lo più tra i due e sei mesi, proprio quando subiscono le prime due dosi vaccinali. Tali malattie, compreso il cancro in età precoce, sono apparse a partire dalla generazione nata attorno al decennio del 1960, che corrisponde alla data di inizio delle vaccinazioni attuate in modo massiccio**. All'interno dei vaccini sono presenti sostanze molto pericolose, soprattutto se pensiamo che le dosi vengono inoculate in bambini con sistema immunitario non ancora formato. Le contro-indicazioni e gli effetti indesiderati dei vaccini sono preoccupanti.

Viene allora da chiedersi perché le vaccinazioni siano così vivamente consigliate dalle ASL locali.

Prima di intraprendere questo viaggio nell'informazione mi sono fatto proprio questa domanda: "*Perché allora i vaccini sono obbligatori se così pericolosi*?". La mia prima risposta, per logica, è stata: "*Forse perché effettivamente i rischi che si corrono sono molto meno gravi rispetto quelli causati dalla malattia ...*".

Ma questa risposta è veramente corretta? Proviamo ad indagare.

16.1 Danni da vaccino antivaioloso

Anche se questo vaccino ormai è stato abolito, può essere utile ricordare che il suo utilizzo comportò alcuni danni al sistema nervoso centrale e periferico, alla pelle e a vari organi dell'organismo. Per quanto riguarda le complicazioni a livello del sistema nervoso centrale, sappiamo che esse furono di due tipi:

— nei bambini sotto i due anni, furono rappresentati dall'*encefalopatia post-vaccinica* che sappiamo causare vari danni cronici;

— nei bambini più grandi, furono rappresentati dall'*encefalite post-vaccinica* che ha causato prevalentemente encefalomeningomieliti, perdite di conoscenza fino al coma profondo, paralisi spastiche o flaccide, nevriti, polinevriti tipo sindrome di Guillain-Barré e morte.

In Germania, a partire dal 31 gennaio 1970 i neonati non furono più vaccinati contro il vaiolo e intorno agli anni 1975-76 gli Istituti tedeschi "Aiuto alla vita" scoprirono che **il numero di casi registrati di bambini malati di mente era diminuito. La vaccinazione antivaiolosa, infatti, induce dei gravi danni cerebrali**, anche se la correlazione all'inizio era difficile, perché il vaccino veniva fatto subito dopo la nascita e i primi danni cerebrali si scoprivano quando il bambino aveva 3-4 anni.

16.2 Danni da vaccino antidifterico (*obbligatorio in Italia dal 1939*)

I danni causati dal vaccino antidifterico che troviamo descritti in letteratura sono rappresentati principalmente da patologie neurologiche, come encefalopatie o encefalomieliti, nevriti (soprattutto dei nervi cranici), polineuropatie, sindromi di Guillain-Barré, ma anche nefriti, trombosi, trombocitopenie, danni dell'accomodazione oculare. Parte di questi danni dipendono da un disturbo immunopatologico a carico dei vasi sanguigni e la frequenza di questo disturbo, che quindi si ripercuote con danni prevalentemente a carico del sistema nervoso centrale, pare sia di un caso ogni 135.000-500.000 vaccinazioni antidifteriche.

Sembra che la tossina difterica del vaccino induca un danno di tipo immunitario a livello dell'endotelio dei vasi sanguigni del sistema nervoso centrale e quindi non si tratterebbe di un effetto tossico diretto sui neuroni, però potrebbe anche essere causato da immunocomplessi indotti dal vaccino che a loro volta provocano una vasculite cerebrale.

Tutti questi danni possono essere acuti e quindi transitori, oppure cronici e quindi permanenti.

Un altro dato importante, che probabilmente in un prossimo futuro potrà creare grossi problemi nei confronti di tutti i germi verso i quali vengono preparati i vaccini, è *la mutazione dei ceppi vaccinali* in batteri o virus che non rispondono al vaccino usato e che quindi possono causare nuove pericolose epidemie. È proprio quanto accade con il batterio della difterite, perché in questi ultimi anni, specialmente nei Paesi industrializzati, si stanno verificando casi di difterite da ceppi di *Corynebacterium* non propriamente difterici ma produttori di tossina che causano una patologia del tutto simile alla difterite classica.

16.3 Danni da vaccino antipoliomielitico (*obbligatorio in Italia dal 1966*)

La vaccinazione antipoliomielitica presenta alcuni punti oscuri.

Il dato più inquietante è quello che abbiamo già affrontato parlando della trasmissione di un virus cancerogeno di *scimmia* (SV-40) all'uomo attraverso la vaccinazione eseguita negli anni 1955-1961 con il vaccino di Salk prima, ma poi in minor misura anche con quello di Sabin.

Un altro punto è emerso nel 1985, quando in Finlandia è stata organizzata una campagna di vaccinazione di massa con la somministrazione di 4,5 milioni di dosi di vaccino Sabin e ci fu un inaspettato e *netto aumento dei casi di sindrome di Guillain-Barré* attribuita alla vaccinazione. Il fatto, anche se è passato praticamente 'inosservato', ha permesso chiaramente di far capire la correlazione esistente tra vaccino e questa patologia neurologica.

Un terzo punto è la già dimostrata **relazione causa/effetto della vaccinazione di Sabin con la poliomielite paralitica post-vaccinica.** Il rischio non è molto alto, ma la gravità della patologia è evidente, sia per i vaccinati che per coloro che vengono a stretto contatto con loro e possono restare contaminati dal virus escreto con le feci.

Abbiamo già accennato al pericolo che il virus poliomielitico vivo contenuto nel vaccino di Sabin possa mutare geneticamente dando origine, anche all'interno dello stesso organismo vaccinato (e quindi non solo circolando nell'ambiente al di fuori dell'organismo), a nuovi virus frutto della ricombinazione genetica. In questo modo il virus può riacquistare la propria neurovirulenza causando la malattia in chi lo riceve o in chi viene contaminato dal ricevente (il problema delle mutazioni genetiche riguarda tutti i vaccini a virus vivi, ma è particolarmente frequente per il virus della poliomielite, per il quale è stato accertato che almeno la metà dei casi avviene nel corso della prima settimana dopo la vaccinazione).

Nei 30 giorni seguenti la somministrazione del vaccino orale Sabin, la persona vaccinata elimina un gran numero di virus vivi con le feci e non sono rari i casi di infezione da Poliovirus **con possibilità di paralisi anche in adulti che sono venuti a contatto con bambini da poco vaccinati**. Infatti, sono stati riportati casi di paralisi da Poliovirus in adulti che erano già stati vaccinati contro la poliomielite da piccoli, ma che non sono ovviamente protetti versi i nuovi virus geneticamente mutati formatisi a partire dai virus vivi del vaccino.

Per questo, e per il fatto che la moltiplicazione di questi virus (specialmente il tipo 3) dà origine a varianti mutate particolarmente neurovirulente, è legittima la domanda che nel mondo scientifico molti si sono posti: *il vaccino Sabin, che può aver svolto una qualche efficacia in passato,* ***ora, nei Paesi Industrializzati, alimenta la malattia oppure la estingue***?

Già nel 1968 fu registrata in Polonia una piccola epidemia di poliomielite causata dagli stessi ceppi virali usati per la vaccinazione di massa.

Negli anni più recenti però i casi si sono moltiplicati e quelli che ora riportiamo sono ormai diventati famosi.

Per esempio, si dice che in Africa, quando sono iniziate le vaccinazioni antipoliomielitiche, i casi gravi di poliomielite erano quasi inferiori a quelli attuali. In Egitto ci sono state varie segnalazioni di poliomielite post-vaccinica negli anni 1983-93 con 32 nuovi casi di poliomielite da virus di tipo 2, esattamente lo stesso che era stato usato per le vaccinazioni orali di massa effettuate nel 1983.

In Albania, dal 1980 al 1995 si verificarono 93 casi di poliomielite derivati dal virus vaccinico che circolava nell'ambiente a causa delle vaccinazioni di massa eseguite con il vaccino a virus vivi di Sabin. **La malattia, che era associata ai Poliovirus di tipo 2 e 3 di origine vaccinica con retromutazioni tipiche del virus Sabin, si manifestò in pazienti perfettamente vaccinati e quindi che avrebbero dovuto essere "protetti" dalla malattia.**

Malgrado questo (o forse proprio per questi casi di poliomielite??), nell'aprile 1996 in Albania si effettuò una campagna di vaccinazione di massa con il vaccino Sabin (sono state distribuite circa 800.000 dosi di vaccino) con la conseguenza che poche settimane dopo si ebbero 68 nuovi casi di poliomielite da virus vaccinico. **Nell'occasione, i ricercatori documentarono l'assenza nell'ambiente di virus selvaggio** e la presenza invece di un Poliovirus vaccinico (derivato dal Sabin, ma con alcune mutazioni genetiche) che fu trovato sia nei malati che nei corsi d'acqua delle zone epidemiche.

Negli anni 1999-2000 si verificarono in India varie epidemie di poliomielite in bambini già vaccinati, con decine di morti e centinaia di ricoveri nella regione di Silchar dopo che si erano svolte le campagne gratuite di vaccinazione di massa.

Nel 2000, nella Repubblica Dominicana e ad Haiti si sono avuti 21 casi di paralisi flaccida dovuti al virus vaccinico orale Sabin usato per la vaccinazione di

massa che, dopo aver circolato per alcuni anni nell'ambiente, aveva accumulato modificazioni genetiche tali da riacquistare la sua naturale neurovirulenza.

Nel 2001 ci sono state segnalazioni analoghe nelle Filippine con 3 nuovi casi di paralisi flaccida dovuti al virus vaccinico usato per la vaccinazione di massa e nel 2003 ci fu un'epidemia a Cuba.

E in Italia?

Da noi, i casi autoctoni di poliomielite documentata furono 19, di cui **17 casi in persone vaccinate e 2 casi in persone che hanno avuto contatto con le persone vaccinate**. Tutti sono stati causati dal vaccino di Sabin retromutato (ceppi 2 e 3).

Gli ultimi due casi di poliomielite da *virus selvaggio indigeno* che si sono verificati in Italia, e più precisamente in Campania, risalgono al 1982. Quindi possiamo affermare che l'Italia, come altri Paesi dell'Europa Occidentale, è libera da polio dal 1983 (comunque, ufficialmente, è stato solo il 21 giugno 2002, a Copenaghen, che l'OMS ha dichiarato l'Italia e l'Europa "*polio-free*", cioè senza più casi di poliomielite).

Dal 1982 ad oggi, in realtà, ci sono stati tre casi di poliovirus selvaggio importati dall'estero in bambini che avevano contratto la malattia nei Paesi di origine e che solo successivamente sono venuti nel nostro Paese: un caso è arrivato dalla Libia nel 1982, un caso dall'Iran nel 1984 e il terzo caso dall'India nel 1988.

Ma il nostro Ministero della Salute cosa dice?

È interessante quanto ha scritto nel 2001 Nadia Gatti, presidentessa del CONDAV (*Coordinamento Nazionale Danneggiati da Vaccini*):

"La vaccinazione antipolio Sabin ci induce a fare alcune riflessioni importanti: *la malattia viene debellata oppure alimentata dal vaccino Sabin*? Durante un colloquio, avuto presso il Ministero della Salute nella primavera 1999 con alcuni dirigenti della prevenzione (avendo letto e studiato a più non posso tutti i testi che parlavano di poliomielite **dopo che la mia quartogenita l'aveva contratta a seguito della prima somministrazione di vaccino Sabin** nell'ottobre 1997), chiesi: '*Siete sicuri che il vaccino Sabin somministrato nelle campagne di vaccinazione di massa e nelle Vaccination Day nei Paesi poveri* (Paesi in cui le condizioni igienico-sanitarie sono inesistenti, mancano le fogne e si mangia, ci si lava e si "va in bagno" nello stesso posto), *essendo un vaccino composto da virus vivi e venendo espulso attraverso le feci dei vaccinati, non continui a circolare e riprenda neurovirulenza nell'ambiente autoalimentandosi all'infinito*?'. La risposta fu una risatina sarcastica e un secco: '*Questa ipotesi è priva di fondamento scientifico. Lei si preoccupi di curare la sua bambina che a queste cose pensiamo noi ...* !'.
Che la mia domanda fosse priva di fondamento scientifico potrebbe essere opinabile, infatti ...".

Preferisco prendere esempio da Nadia Gatti e limitarmi anch'io a non fare commenti, perché ... SE CI FOSSE PIÙ UMILTÀ! Ma forse manca anche una certa

conoscenza scientifica, che è stata invece sostituita da UNA DOSE ECCESSIVA DI CREDERE DI SAPERE!

Parlo di ignoranza scientifica proprio perché, già 3 anni prima (nel 1996) gli USA avevano deciso di dimezzare il numero delle somministrazioni della vaccinazione antipoliomielitica di Sabin proprio per la motivazione sollevata dalla Signora Nadia Gatti. Ecco il testo originale:

“In seguito ad un lungo e acceso dibattito tra i funzionari delle autorità sanitarie, il Governo degli Stati Uniti ha annunciato un cambiamento nel piano di vaccinazione antipolio. Si raccomanda di somministrare in futuro, tramite iniezione, ***solo le prime due vaccinazioni delle quattro inizialmente proposte*** *per via orale. Questa decisione è stata presa dal momento che la consueta vaccinazione per via orale ha causato* ***ad alcuni soggetti la poliomielite, malattia dalla quale la vaccinazione dovrebbe proteggere****. Dei circa 8 casi di poliomielite resi noti negli USA ogni anno a partire dal 1979 [cioè circa 160 casi negli ultimi 20 anni]* ***nessuno è stato causato dai virus originari naturali, ma dai virus del vaccino stesso*** *preso per via orale che contiene una forma del virus attenuato in laboratorio. Ci si aspetta che l’utilizzo del metodo di iniezione per le prime due vaccinazioni riduca i casi di poliomielite causati dal vaccino stesso del 50-70%*, ha spiegato David Satcher dell’Ufficio Federale degli USA che si dichiara favorevole alla modifica del piano di vaccinazione.

Quello che è interessante notare è che dopo aver praticamente ammesso che **negli ultimi 20 anni non c’è stato alcun nuovo caso di poliomielite causato dal virus naturale, bensì dal virus del vaccino, invece di sospendere la obbligatorietà dello schema vaccinale come si sarebbe potuto pensare, ci si limita a dimezzare i vaccini orali e si cerca un altro espediente**. Avendo solo dimezzato e non abolito il vaccino orale, è ovvio, proprio come dice il testo dell’annuncio, che nella migliore delle ipotesi si speri solo di ridurre del 50-70% i nuovi casi di poliomielite e non di annullarli.

Un altro fatto interessante è sapere qual è stata la risposta dei Ministeri della Salute dei Governi in cui si sono avuti un numero maggiore di casi di poliomielite post-vaccinica.

La risposta è stata e continua ad essere tanto sorprendente quanto assurda, non solo secondo un uomo di scienza, ma anche secondo una qualsiasi persona dotata di buon senso: nonostante l’esperienza albanese, i vari Governi hanno sempre riproposto e poi effettuato nuove campagne di vaccinazione di massa con il medesimo vaccino orale di Sabin!

E qual è stata la conseguenza?

Quella di aggravare ancora di più il problema, proprio come aveva insegnato l’esperienza albanese.

Infatti, **in Finlandia, Argentina, Australia, Madagascar, Cina, Mongolia,**

Kazakistan, Romania, Slovacchia, Estonia, Nigeria, ecc. si registrarono numerosi casi di paralisi flaccida post-vaccinica in bambini o in adulti in cui si isolarono virus derivati da quelli usati per la vaccinazione e si moltiplicarono a decine le segnalazioni di virus di questo tipo ritrovati nell'ambiente (i virus isolati avevano un materiale genetico sovrapponibile per il 95-97,5% a quello del virus vaccinale, proprio a testimonianza che erano avvenute delle mutazioni genetiche).

Nel numero di giugno 2003 del famoso bollettino dei CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) di Atlanta, il *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), vennero riportati ben 3.933 isolamenti di virus correlati a quelli usati per la vaccinazione di Sabin.

Anche queste segnalazioni provenienti da tutto il mondo, però, non fecero variare la politica ben radicata delle vaccinazioni di massa e i "*Free Vaccination Day*" si moltiplicarono.

In realtà, si alzarono sempre più frequenti le voci di quei ricercatori che sostenevano che finché si fosse vaccinato con il Sabin non sarebbe stato possibile sradicare la polio, poiché il virus vaccinico, rimanendo in circolo nell'ambiente e modificandosi a livello genetico, avrebbe alimentato la malattia, ma sembravano "grida al vento".

È significativo il caso di un soggetto (a posteriori riscontrato affetto da sindrome da immunodeficienza) che, **dopo essere rimasto colpito da poliomielite paralitica post-vaccinica, ha continuato ad avere il virus vivo e replicante nel suo organismo per più di 7 anni**. Altrettanto significativo è il rilievo in Giappone di numerosi fiumi e ruscelli in cui è stato isolato il virus poliomielitico di origine vaccinica, spesso anche con una alta virulenza. Gli Autori di questi articoli scientifici, ovviamente, raccomandarono di sospendere le vaccinazioni con il Sabin e di riprenderle con il vaccino Salk (a virus morti).

Finalmente, nel 1999 gli USA si resero conto che bisognava fare qualcosa di più e abolirono completamente il vaccino Sabin sostituendo tutte e 4 le inoculazioni con il vaccino Salk. Lentamente, anche tutti i Paesi industrializzati si uniformarono. Per quanto riguarda l'Italia, ricordiamo che il nostro Ministero si uniformò solo 4 anni dopo: nel 2003.

Anche questo cambiamento internazionale della scheda vaccinale aveva però qualche strana anomalia, perché **la modifica valse per i Paesi industrializzati, ma non per i Paesi poveri del Terzo Mondo dove si continua a vaccinare massicciamente con il vaccino Sabin a virus vivi**. È molto probabile che a causa di ciò il vaccino Sabin produca ceppi virali sempre nuovi che circoleranno nell'ambiente per anni e che potranno causare paralisi flaccide in tutto il mondo (non solo nelle popolazioni dove viene usato) e nelle nuove generazioni presenti e future (anche con il rischio di gravi ed estese epidemie di poliomieliti se si dovesse prima o poi selezionare un ceppo virale molto virulento che troverà, specie **nei Paesi industrializzati, degli organismi deboli e immunodepressi grazie all'esteso e precocissimo uso**

di innumerevoli vaccini e di farmaci ad azione immunosoppressiva).

Ben coscienti di tutto questo, alcuni ricercatori avevano addirittura scritto che: "... *il rischio di poliomielite associata alle continue campagne vaccinali con il vaccino Sabin (OPV) è molto maggiore del rischio di importazione di polio da virus selvaggio*".

Infatti, Nadia Gatti, presidente del CONDAV, ha recentemente comunicato che **in Italia dal 1995 vengono riconosciuti circa 3-4 casi all'anno di encefalite, paralisi flaccida, mielite trasversa o morte dopo la prima dose del vaccino antipoliomielitico Sabin.**

Ma se la vaccinazione antipoliomielitica con il vaccino vivo di Sabin può causare sempre nuove infezioni poliomielitiche e quindi sempre nuovi casi di paralisi flaccida, verrebbe da chiedersi: "*Con che frequenza compare la paralisi post-vaccinica*?".

Su questo argomento ho trovato **dati e pareri discordanti, che pertanto testimoniano ancora una volta una grande ignoranza da parte dei medici** a causa di uno scarso aggiornamento sul tema, ma anche una grande carenza di dati scientifici attendibili.

Raggruppando le risposte sull'incidenza dei **casi di paralisi flaccida post-vaccinica** fornite da alcuni medici o strutture pubbliche, risulterebbero queste cifre:

— 1 caso ogni 7.000.000 di vaccinati: secondo il Dr. Gobio Casali, primario pediatra dell'ospedale di Mantova.

— 1 caso ogni 4.000.000 di vaccinati: secondo l'Istituto Superiore di Sanità, con le statistiche in suo possesso fino al 1995; comunque, dato che la media italiana risulterebbe troppo bassa rispetto a quella di altri Paesi, lo stesso Istituto Superiore di Sanità ipotizzava in quell'occasione che alcuni "danni siano sfuggiti", oppure non sia stato possibile effettuare una diagnosi certa a causa di un "non corretto prelievo" (?!?) dei campioni biologici da esaminare.

— 1 caso ogni 1.000.000 di vaccinati: secondo il Dr. Francesco Tancredi di Napoli.

— 1 caso ogni 600-700.000 vaccinati: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

— 1 caso ogni 500.000 vaccinati: secondo il Prof. Silvio Garattini dell'Istituto Mario Negri di Milano.

— 1 caso ogni 200.000 vaccinati: secondo il CONDAV.

Verrebbe da chiedersi: *dov'è la verità*?

Comunque, ora che siamo passati alla vaccinazione con il virus inattivato di Salk, va detto che questo tipo di vaccino in genere è meglio tollerato di quello di Sabin anche se alcuni Autori affermano che può anch'esso indurre la sindrome di Guillain-Barré come il vaccino orale.

Un altro dato interessante sulla vaccinazione antipoliomielitica è che **stiamo utilizzando vaccini trivalenti (contro i ceppi virali di tipo 1, 2 e 3) pur sapendo che il ceppo di tipo 2 è quello che è scomparso per primo e da molto tempo, ma è anche quello che è particolarmente associato alla paralisi poliomielitica post-vaccinica** più nei contatti che nei soggetti che hanno ricevuto il vaccino.

Anche il ceppo virale tipo 3 non va comunque sottovalutato, perché può causare la paralisi poliomielitica post-vaccinica tanto nei vaccinati che in coloro che vengono con questi a contatto nei 30 giorni dopo la vaccinazione, ma pare anche che il virus poliomielitico di tipo 3 sia quello che più facilmente vada incontro a mutazione gnomica e quindi è, sotto tutti i punti di vista, il più pericoloso da usare.

Non sarebbe allora molto più razionale utilizzare per lo meno un vaccino monovalente contro il solo tipo 1 o come minimo eliminare il tipo 2 dal vaccino? Molti ricercatori si stanno ponendo proprio queste domande e nel 2002 un Comitato apposito (*Technical Consultative Group to the World Health Organization on the Global Eradication of Poliomyelitis*) ha anche elaborato un documento che però per essere accettato necessita prima dell'approvazione della *World Health Assembly,* approvazione che non ha mai ricevuto.

In ogni caso, alla luce di tutto quello che è stato detto su questo vaccino e sui pericoli ad esso connessi, non stupisce che **da molte parti si alzino anche voci per abolire questa vaccinazione, sia quella in uso nei Paesi industrializzati con virus morto, ma più ancora quella in uso nei Paesi poveri del Terzo Mondo dove si continua inspiegabilmente ad usare il vaccino vivo di Sabin**. È quanto emerge anche da una dichiarazione rilasciata nel 2003 dal Dr. Datti Ahmad, presidente del Supremo Consiglio Nigeriano per la Sharia: "*Abbiamo ricevuto da diverse parti del mondo documenti che ci mettono in guardia dal vaccino antipolio orale, che può causare di per se stesso la poliomielite. Abbiamo chiesto di riesaminare la questione e di studiare meglio il vaccino, anche perché abbiamo saputo che **il vaccino orale è preparato utilizzando i reni di certe scimmie che albergano fisiologicamente virus simili a quello dell'AIDS e altre impurità**. Inoltre, tale vaccino è stato messo al bando negli Stati Uniti da molto tempo e non viene più usato neppure in Europa. Ora, **noi in Nigeria abbiamo molte malattie più importanti che stanno uccidendo e menomando i bambini molto più della polio, ma chi ci offre gli aiuti non è disposto a pagare nulla per darci qualcosa che combatta queste altre malattie, mentre è preoccupato solo della poliomielite. Queste persone sono pronte a spendere cifre altissime per combattere la polio, ma nemmeno un soldo per il resto**. Questo atteggiamento ha creato sospetto nella gente della comunità nigeriana*".

Quasi come risposta a questo documento, continuano ad arrivare segnalazioni dell'OMS di **bambini africani affetti da paralisi flaccida** dopo vaccinazioni

pediatriche di massa con il vaccino vivo attenuato di Sabin.

Forse, i sospetti che nutriamo noi sono ancora maggiori di quelli del Dr. Datti Ahmad, specie oggi che la letteratura scientifica ci avverte dei grandi e nascosti conflitti di interesse e ci continua a ripetere con insistenza che il rischio di poliomielite associato alle continue campagne vaccinali con il Sabin "*è molto maggiore del rischio di importazione della poliomielite da virus selvaggio*".

16.4 Danni da vaccino antitetanico (*obbligatorio in Italia dal 1968*)

Gli effetti indesiderati riportati dopo la vaccinazione antitetanica sono stati raccolti da un Autore tedesco e dal *Monitoring System for Adverse Events Following Immunization* (MSAEFI). Cercheremo ora di riassumere i danni più importanti.

Tra gli effetti più comuni e meglio dimostrati sono riportati i casi di reazioni da ipersensibilità, che si è visto sono direttamente correlate alla quantità di anatossina tetanica usata per l'immunizzazione e comunque si è visto che **aumentare eccessivamente la quantità di anatossina aumenta gli effetti indesiderati senza aumentare la risposta protettiva all'infezione**.

Altra conferma a questo concetto è che **i danni del vaccino antitetanico aumentano con l'aumentare del numero di richiami eseguiti e cioè sono correlati a quanto spesso una persona viene vaccinata contro il tetano**. In pratica, i vaccini antitetanici fatti troppo frequentemente creano uno stato di *iperimmunizzazione* che aumenta notevolmente il rischio dei danni da vaccino. E per questo che, ancora da molti anni gli studi scientifici raccomandano di **non somministrare i richiami a lungo termine di questo vaccino ad intervalli inferiori ai 10 anni**, ma **solo da pochi anni si è passati dai 5 ai 10 anni di intervallo tra i richiami**, anche se, inspiegabilmente, resta il consiglio del Ministero della Salute di vaccinare i bambini a 5-6 anni, cioè dopo 4-5 anni dal completamento dei 3 inoculi del ciclo di base.

Inoltre, è noto che la dose dell'**anatossina tetanica pediatrica è esattamente doppia di quella usata per l'adulto** perché, a causa della immaturità immunitaria, è necessario iperstimolare il neonato con questo antigene. Ma allora ci si chiede se, data l'immaturità del sistema immunitario del bambino che quindi lo rende più a rischio di danni neurologici e dato che **il neonato non è un soggetto a rischio di tetano**, non sia molto più logico e più prudente vaccinare il bambino quando sarà più grande, cioè almeno dopo che avrà compiuto i 2-3 anni di vita.

Infatti, dal Manuale delle malattie trasmissibili, 16^a edizione (rapporto dell' *American Health Association*), si evince che **il tetano è una malattia dell'età avanzata e non una malattia infantile** e questo indipendentemente dal fatto che i bambini vengano vaccinati più degli adulti, come risulta dalle statistiche riferibili al nostro Paese e alla Germania.

Infatti, la mortalità per tetano in Italia nel 1995 (fonte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) è stata la seguente: **su 37 casi di morte da tetano, ben 33 erano persone di oltre 65 anni** e gli altri 4 casi erano persone fra i 35 e i 64 anni.

Nel 1997 vi sono stati in Germania 812.173 nati vivi (sempre fonte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità). Quindi:

— poiché la copertura vaccinale della Germania per il tetano è circa il 17% inferiore a quella italiana (l'80% contro il 97%);

— poiché i nati vivi della Germania sono circa il 40% in più rispetto ai nati vivi italiani;

— poiché la mortalità totale da tetano è molto inferiore in Germania rispetto all'Italia (malgrado, lo ripeto, in Italia la nostra copertura vaccinale sia maggiore);

— poiché **su 1.600.000 bambini tedeschi (in 2 anni) non vi è stato alcun caso di morte da tetano, anche se 320.000 di essi (20% di 1.600.000) non sono stati vaccinati**,

viene confermato che il tetano è una malattia dell'età avanzata e che **i bambini, anche se non vaccinati,** ***hanno enormi difficoltà ad ammalarsi e morire di tetano***.

Tra le reazioni avverse al vaccino antitetanico, sono molto comuni:

— i *sintomi locali* rappresentati da eritema, indurimento, dolore, gonfiore, anche fino all'ascesso e all'atrofia sottocutanea nel punto di inoculo del vaccino;

— i *sintomi sistemici*, come febbre, cefalea, mialgia, orticaria, eritema multiforme, artralgie, fino a reazioni immunitarie (anche lo *shock* anafilattico), le convulsioni, le encefalopatie e le neuropatie.

Tra tutti i sintomi sistemici, i più comuni e numerosi sono i danni neurologici attribuiti al vaccino antitetanico e tra questi va messa sicuramente al primo posto la **polineuropatia**, che in genere si manifesta entro poche ore o al massimo entro 14 giorni dall'ultima inoculazione, che può interessare un solo nervo o ampie zone dell'organismo fino a coinvolgere midollo e corteccia e che di solito regredisce in 2-4 settimane. Tra le varie forme di polineuropatia sono state segnalate le seguenti:
— polineuropatia demielinizzante,
— polineuropatia asimmetrica,
— poliradicoloneurite con paresi vescicale e rettale,
— mielite trasversa,
— sindrome di Guillain-Barré,
— amiotrofia neuralgica.

Sono stati poi segnalati casi isolati di:
— sordità,
— dermatomiosite,
— **artrite**,
— **noduli** sottocutanei e manifestazioni infiammatorie da tesaurismosi da polivinil-pirrolidone.

Sappiamo che una delle chiavi dell'efficienza del sistema immunitario è il rapporto tra i *linfociti T helper* e i *linfociti T suppressor*. I linfociti T helper aiutano i linfociti B a produrre antigeni e partecipano anche alla funzione di distruzione di virus e di cellule tumorali mediata da altri tipi di linfociti T.

I linfociti T suppressor, invece, modificano e regolano il grado di risposta di ogni attività antivirale o antitumorale. Entrambi cooperano all'armonico svolgimento della funzione immune. Tra i linfociti T, circa il 60% è costituito da T helper, mentre i T suppressor rappresentano il 20-30%. **Questa proporzione è molto importante e un suo cambiamento può essere indice di una grave compromissione del sistema immunitario** (per esempio, **il rapporto** $Thelper/Tsuppressor$ **è uno dei metodi principali per accertare i primi segni di AIDS**). Ebbene, il *New England Journal of Medicine* del 19 gennaio 1984 ha riportato uno studio condotto su 11 individui adulti sani allo scopo di determinare **gli effetti dei richiami della vaccinazione antitetanica sul rapporto tra linfociti T helper e T suppressor ed emerse che il loro rapporto, normale prima della vaccinazione, veniva alterato dalla stessa in 4 degli 11 soggetti sani** tra il terzo e l'undicesimo giorno dall'immunizzazione **e poi ritornava ai valori normali**. Sebbene gli effetti fossero temporanei, era evidente che **c'era stata una grave compromissione della funzione immunitaria, una compromissione però che in bambini piccoli, specie se prematuri e specie se ricevono non solo il vaccino antitetanico ma più vaccini insieme, può interessare un maggior numero di soggetti e può anche non rinormalizzarsi con il tempo.**

16.5 Danni da vaccino antitubercolare

Tra le più note complicazioni della vaccinazione antitubercolare, conosciuta anche come BCG (*Bacillus di Calmette-Guerrin*), vengono riportati i seguenti effetti locali e Sistemici.

A - DANNI LOCALI :

- Suppurazioni purulente dei linfonodi locali (è la reazione locale più comune e coinvolge lo 0,1-1% dei bambini immunizzati prima dei 2 anni di vita), con rossore e arrossamento locale;
- ascesso nel punto di inoculazione del vaccino;

- lupus vulgaris alla spalla;
- danni oculari (in genere per **accidentale caduta di una goccia del vaccino sugli occhi**).

B - DANNI SISTEMICI :

- Danni all'apparato osseo (osteiti e osteomieliti, soprattutto a carico delle ossa lunghe, ma anche **artriti** e poliartriti); l'intervallo tra la vaccinazione e la manifestazione dei danni ossei è di circa 12 mesi, ma ci possono essere anche manifestazioni precoci dopo 6 mesi o tardive dopo diversi anni
- infezione BCG disseminata (forse meno di un caso per milione di vaccinati e in genere in soggetti immunodepressi);
- ulcere linfonodali e cutanee generalizzate, che in genere hanno esito mortale;
- **patologia tumorale** con particolare riguardo alla leucemia e al linfoma di Hodgkin;
- danni mentali (rari).

Una recente segnalazione della *Global Advisory Committee on Vaccine Safety* mette in guardia verso gravi infezioni locali e generalizzate comparse anche molti anni dopo la vaccinazione antitubercolare in soggetti portatori del virus HIV.

16.6 Danni da vaccino antiepatitico B (*obbligatorio in Italia dal 1991*)

A qualcuno è sicuramente servito vaccinarsi contro l'epatite B e ad altri potrà sicuramente continuare a servire, ma pare che **questo 'qualcuno' non sia rappresentato dalla quasi totalità dei bambini che l'hanno ricevuto.**

I dati del SEIEVA, pubblicati sul bollettino 'Vaccinazione 2000' n.46 del febbraio 1997 (che considerano le percentuali fornite da 261 ASL su un totale di 650), dicono che **dal 1985 al 1994 l'incidenza di epatite B in Italia per 100.000 abitanti è andata calando e che questo calo è nettamente iniziato ancor prima dell'introduzione dell'obbligo vaccinale** (avvenuta nel 1991). Nella fascia di età **da 0 a 14 anni si è passati dai 6 casi all'anno nel 1985 ad 1 caso nel 1990** e l'incidenza è rimasta uguale anche negli anni successivi alla introduzione obbligatoria della vaccinazione.

Quindi, volendo leggere questi dati, si può arguire che il vaccino non ha modificato assolutamente l'andamento già in diminuzione della malattia nell'età pediatrica che continua ancora a ricevere la vaccinazione d'obbligo.

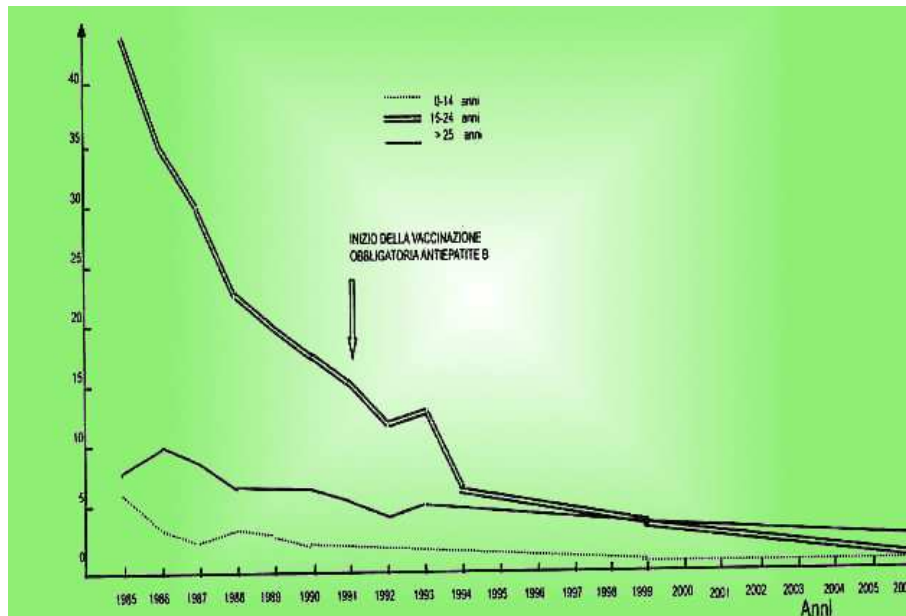
In una rivista di infettivologia del 1990 si affermava che le cronicizzazioni post-epatite B (quindi i soggetti con epatite B che sviluppano cirrosi e cancro) sono nell'ordine di 0,1-0,6 ogni 100.000 soggetti che contraggono la malattia. Ciò significa **1-6 casi di cirrosi o cancro epatico ogni milione di malati di epatite**: tutti gli altri non hanno queste gravi conseguenze.

Secondo i dati della VAERS riportati dalla Dr.ssa Jane Orient, **i casi di complicanze gravi indotte dalla vaccinazione sono di 4 ogni 1.000 vaccinati, cioè 4.000 su 1 milione di vaccinati**. Poi, se è vero quello che abbiamo già detto e cioè che, secondo la FDA americana, **i danni da vaccino con un sistema di sorveglianza passivo sono sottostimati del 90%, si potrebbe concludere che i rischi di questa vaccinazione sarebbero da 600 a 4.000 volte superiori a quelli della malattia**. Va però considerato che la sottostima del 90% nella comunicazione dei danni da vaccini dovrebbe riguardare più probabilmente i danni lievi, ma ciò non modifica il rilievo che **nel nostro Paese il vaccino antiepatitico sembrerebbe essere più dannoso che utile.**

Comunque, in aggiunta a tutti questi studi epidemiologici, vanno considerate anche alcune segnalazioni cliniche di **patologie del sistema nervoso centrale** che sono state riconosciute temporalmente relazionate al vaccino antiepatitico B e per le quali i vari Autori non hanno potuto escludere una reazione causa/effetto.

In uno studio molto importante sono stati analizzati 10 casi di *demielinizazzione cerebrale* i cui sintomi iniziarono da 4 a 70 giorni dopo la vaccinazione e in 3 di questi soggetti c'era una anamnesi familiare di sclerosi multipla o di altre patologie neurologiche centrali. *Gli Autori concludono raccomandando di non far assumere il vaccino antiepatitico B a soggetti con una storia familiare o personale di sintomi suggestivi di patologia infiammatoria o demielinizzante del sistema nervoso centrale, perché ritengono che* ***questo vaccino sia capace di scatenare fenomeni di demielinizzazione cerebrale.***

Gli Autori di uno studio ospedaliero caso-controllo, condotto su 121 pazienti con un primo episodio di demielinizzazione del sistema nervoso centrale insorto entro 6 mesi dalla vaccinazione antiepatitica B o da altri vaccini, dopo il confronto con dei controlli di pari età, sesso e tempo di ricovero, conclusero che non si può assolutamente escludere con certezza il nesso causale.

Fig. 21 - **Variazione dell’incidenza dei casi di epatite virale B in Italia negli anni 1985-94 in tre fasce di età (dati SEIEVA 1985-1994)**.

Y=Casi di epatite ogni 100.000 abitanti

Altri danni a carico del sistema nervoso e attribuiti al vaccino antiepatitico B sono stati:
– encefalite,
– mielite acuta,
– neurite ottica,
– mielite trasversa acuta,
– sindrome di Guillain-Barré,
– riduzione dell’udito e tinnito dopo la prima dose, con **perdita dell’udito dopo la seconda**,
– **convulsioni** febbrili.

Inoltre, sono stati riportati altri casi singoli di effetti non a carico del sistema nervoso centrale, tra i quali ricordo:
– epatite infettiva grave,
– disfunzione epatica con comparsa di anticorpi anti-DNA,
– diabete mellito di 1 tipo,
– porpora trombocitopenica,
– pancitopenia,
– eosinofilia,
– glomerulonefrite acuta,
– sindrome nefrosica,

– pericardite acuta,
– sindrome di Sjögren,
– alopecia,
– anetodermia,
– lichen planus,
– vasculite linfocitica,
– papillite,
– amiotrofia neuralgica,
– reazione anafilattica,
– vasculite,
– occlusione della vena retinica centrale,
– lupus eritematoso sistemico,
– orticaria,
– eritema multiforme,
– eritema nodoso e poliartrite,
– sindrome di Reiter,
– poliartrite nodosa,
– poliartropatia giovanile cronica,
– artrite reattiva,
– artrite reumatoide, ... *e chissà quante altre patologie mi sono sfuggite.*

Sottolineo infatti che **queste non sono certamente tutte le patologie riportate in letteratura, ma solo le principali**. Inoltre, per ognuna di esse ci sono molti riferimenti bibliografici, specie nel campo delle **patologie artritiche, che sembrano relativamente frequenti dopo vaccinazione antiepatitica B.**

Quindi, il rapporto rischio/beneficio della vaccinazione antiepatitica B pare essere sbilanciato con una netta prevalenza del rischio, anzi, è *sicuramente* troppo sbilanciato ...

Ovviamente non mancano neppure i casi di morte neonatale.

Oltre al problema degli effetti indesiderati di questo vaccino (giungono continuamente segnalazioni di nuovi casi essenzialmente su base autoimmunitaria) e dei danni che i vaccini eseguiti in età neonatale provocano sul sistema linfocitario Th1/Th2, c'è infine il problema dell'associazione tra vaccinazione antiepatitica B e malattie demielinizzanti (per esempio, **la sclerosi multipla**) a cui abbiamo già fatto qualche cenno.

A tale proposito, va detto che sono numerosi gli studi clinici che riconoscono *un legame tra vaccino contro l'epatite B e l'aumentato rischio di sclerosi o di malattia demielinizzante.*

Il Sistema di Farmacovigilanza francese ha fornito i seguenti dati (periodo 1984-1998) riguardo le malattie da demielinizzazione centrale (prevalentemente sclerosi multipla) e periferica diagnosticate in persone che avevano ricevuto di recente la vaccinazione antiepatitica B (271 notifiche). A causa di questi dati, la campagna

per la vaccinazione antiepatite B, lanciata nel 1994 da Philippe Douste-Blazy, allora Ministro della Salute francese, è stata sospesa nel 1998 dal suo successore Bernard Kouchner.

In uno studio è emerso che **nel 67,9% dei casi il tempo intercorso fra vaccinazione e insorgenza della malattia è stato inferiore a due mesi** e un altro studio ha anche messo in evidenza che l'intervallo di tempo fra inizio dei sintomi e diagnosi di sclerosi multipla è stato considerevolmente più breve fra i vaccinati che fra i non vaccinati. Secondo gli Autori, questa relazione potrebbe essere attribuita ad una accelerazione nell'insorgenza della malattia forse già latente, ma che probabilmente poteva rimanere latente anche tutta la vita se la persona non fosse stata vaccinata.

Dopo gli studi eseguiti nel 1998, il Ministero della Salute francese ha modificato la strategia vaccinale antiepatitica B secondo le seguenti linee:

— *per gli adolescenti*: sospensione della vaccinazione sistematica dei ragazzi in ambiente scolastico con richiamo alla necessità di definire nuove modalità di vaccinazione che abbiano l'obiettivo di personalizzare l'atto vaccinale, tenendo meglio in considerazione i rischi e i benefici individuali;

— *per gli adulti*: vaccinazione raccomandata solo per i soggetti a rischio;

— *per i neonati*: mantenimento delle raccomandazioni per la vaccinazione antiepatitica B, in assenza di notificazioni di episodi di malattia da demielinizzazione del sistema nervoso centrale in bambini di età inferiore a cinque anni.

Il Ministero della Salute francese, nel riconoscere come nessuno degli studi abbia consentito di dimostrare con sicurezza un nesso causale fra vaccinazione antiepatitica B e insorgenza di malattia da demielinizzazione centrale, ha ritenuto che i risultati dei diversi studi non consentano neppure di escludere con assoluta certezza la possibilità che la vaccinazione possa aumentare il rischio di malattia da demielinizzazione fra i vaccinati. Comunque, **il Ministero francese ha già indennizzato alcuni pazienti** sulla base del rapporto tra vaccino antiepatitico B ed effetti neurologici (sclerosi multipla e neurite ottica retrobulbare).

Interessante è quanto è accaduto molto recentemente: 14 anni dopo la campagna nazionale della vaccinazione contro l'epatite B, **i responsabili di due laboratori che avevano messo a punto e commercializzato il vaccino sono stati indagati giovedì 31 gennaio 2008 per inganno aggravato**. Infatti, i responsabili dei laboratori *SmithKline Beeckham* (oggi *GlaxoSmithKline*) e della società *Pasteur Mèrieux MSD-Aventis Pasteur* (oggi *Sanofi Pasteur MSD*) che hanno messo a punto il vaccino dell'epatite B sono "***perseguiti per inganno sui controlli, i rischi e le qualità sostanziali di un prodotto che ha arrecato danni alla salute dell'uomo***". Il laboratorio *Sanofi Pasteur MSD* è altresì indagato "***per omicidio involontario***" per la morte di una paziente deceduta nel 1998 all'età di 28 anni di sclerosi a placche i cui parenti si sono costituiti parte civile. Più di 20 milioni di francesi (un terzo della

popolazione) sono stati vaccinati tra il 1994 e il 1998 contro il vaccino dell'epatite B e tra questi, 1.300 hanno subito effetti secondari neurologici un migliaio dei quali erano sclerosi a placche.

Se le cose si concludessero in questo modo si potrebbe ipotizzare che alla fine è stata fatta una certa "giustizia", ma invece l'evoluzione è stata diversa perché il 2 ottobre 2008 giunge un documento della nostra AIFA (*Agenzia Italiana del Farmaco*) intitolato "*Vaccinazione contro il virus dell'epatite B. Sintesi dei lavori della Commissione Nazionale di Farmacovigilanza Francese del 30 settembre 2008*" che si esprime così: "*L'Agenzia di Farmacovigilanza Francese (AFSSAPS) ha reso note le conclusioni dei lavori della Commissione Nazionale di Farmacovigilanza in merito ai risultati di uno studio caso-controllo condotto per valutare, nei bambini, un possibile legame tra la vaccinazione contro l'epatite B (HBV) e il verificarsi di un primo episodio di demielinizzazione infiammatoria acuta. In generale, lo studio non ha evidenziato un aumento del rischio di insorgenza di eventi di demielinizzazione infiammatoria acuta in bambini vaccinati contro l'epatite B nei tre anni precedenti. Tuttavia in un sottogruppo di analisi, in particolare nei bambini vaccinati da più di tre anni che avevano effettuato la vaccinazione secondo il calendario vaccinale francese, **è stato evidenziato un significativo aumento del rischio di sviluppare eventi di demielinizzazione infiammatoria acuta e vaccinazione con il vaccino antiepatite Engerix B**. Il gruppo di epidemiologi dell'Agenzia francese, che ha analizzato lo studio, evidenziandone diverse criticità e limiti nell'analisi per sottogruppi, ha concluso che i risultati indicano scoperte casuali piuttosto che differenze reali e che il profilo beneficio rischio dei vaccini HBV, in particolare di Engerix B, non è rimesso in discussione dai risultati di questo studio e pertanto rimane invariato*".

E così, ancora una volta la Ditta produttrice del vaccino e i suoi interessi economici sono salvi!

Un recente studio osservazionale retrospettivo "caso-controllo" condotto dal Dipartimento di Epidemiologia dell'Università di Boston (*Department of Epidemiology of Harvard School of Public Health of Boston*) utilizzò il database del Regno Unito (*General Practice Research Database*), che include 3 milioni di britannici, individuando i pazienti ai quali era stata diagnosticata con assoluta certezza la sclerosi multipla tra il 1 gennaio 1993 e il 31 dicembre 2000 e avevano avuto almeno 3 anni di controlli documentati nel database suddetto. Tutti i dati dei pazienti furono controllati separatamente e in cieco da due medici che individuarono anche la data dell'inizio dei sintomi della sclerosi multipla. Dal database furono ottenuti i seguenti dati: presenza o meno della vaccinazione nei 3 anni precedenti la raccolta dei dati, numero di richiami ricevuti sia per quanto riguarda il vaccino antiepatitico che eventuali altri vaccini (in particolare l'antitetanico e l'antinfluenzale, che sono i più comuni nella popolazione inglese).

Tab. 55 - **Associazione tra vaccinazione antiepatite B e rischio di sclerosi multipla (SM)**.

Avvenuta immunizzazione entro i 3 anni precedenti l'inizio dei sintomi della SM	**Pazienti con sclerosi multipla** [N.(%)]	**Soggetti sani** [N.(%)]	**Significativitità**
Numero dei pazienti selezionati	163	1.604	
– **Verso epatite B ricombinante**			
– NO	152 (93,3%)	1.565 (97,6%)	NO
– SI	11 (6,7%)	39 (2,4%)	SI
– Anni dall'ultima vaccinazione prima della comparsa dei sintomi:			
> 0-1	3 (1,8%)	17 (1,0%)	NO
> 1-2	4 (2,5%)	11 (0,7%)	SI
> 2-3	4 (2,5%)	11 (0,7%)	SI
– **Verso tetano**:			
– NO	144 (88,3%)	1.325 (82,6%)	NO
– SI	19 (11,7%)	279 (17,4%)	NO
– **Verso influenza**			
– NO	153 (93 9%)	1.508 (94,0%)	NO
– SI	10 (6,1%)	153 (6,0%)	NO

In tutto furono individuati 163 pazienti con sclerosi multipla (tutti, eccetto un sedicenne, avevano più di 18 anni) e furono confrontati con 1.604 controlli. Il 6,7% dei pazienti con sclerosi multipla aveva ricevuto il vaccino antiepatitico B entro i 3 anni precedenti l'inizio dei sintomi patologici e la differenza rispetto i controlli era statisticamente significativa, mentre la significatività mancava per coloro che avevano ricevuto il vaccino antitetanico o antinfluenzale. La significatività era più evidente nei pazienti che avevano ricevuto il vaccino antiepatitico B almeno 1-3 anni prima della comparsa dei sintomi patologici.

Alla fine di questo studio, il primo firmatario, il Dr. Miguel Hernàn della *Harvard School* di Boston, ha affermato che "*i risultati supportano l'ipotesi che la vaccinazione contro l'epatite B sia associata ad un aumento del rischio di sclerosi multipla*".

Intanto, il 25 settembre 2008, il quotidiano francese *Le Monde* pubblica un articolo in cui afferma di aver preso visione dello studio condotto dal Prof. Marc Tardieu, primario del servizio di neuropediatria all'ospedale parigino '*Bicetre*', che dimostra che **il vaccino antiepatitico *Engerix B* aumenta il rischio di sviluppare la sclerosi a placche**. Secondo lo studio francese, l'aumento di rischio non è stato riscontrato per tutti gli altri vaccini contro l'epatite B, mentre nel caso dell'*Engerix B* aumenterebbe di 1,74 il numero dei decessi. Le autorità sanitarie francesi hanno dato il via ad una "*perizia approfondita*" per capire se sia il caso di modificare la

raccomandazione di vaccinare i neonati per prevenire una malattia che causa 2.800 morti l'anno (ma ovviamente non nei bambini). Ma per il responsabile del dipartimento della Salute pubblica dell'Istituto Mario Negri di Milano non c'è alcuna evidenza della correlazione: "*Il problema sembra confinato in Francia. Non c'è una forte evidenza del legame tra il vaccino antiepatite B e la comparsa della sclerosi a placche*".

Oltre a ciò, secondo i dati della nostra commissione italiana sui vaccini, tratti dal documento "*Vaccinazione antiepatitica B e sclerosi multipla*" (tabella '*Reazioni avverse a vaccinazione antiepatitica B 1991-1996*"), parrebbe che **il rischio di danno generico da vaccino sia assurdamente alto, perché nell'intervallo suddetto di 5 anni, nei bambini di età 0-14 anni sono stati rilevati 280 effetti indesiderati ufficiali da vaccino antiepatitico B** e, calcolando che anche nel nostro Paese sembra venga notificato solo circa il 10% delle reali reazioni avverse vaccinali, **sarebbero circa 3.000 i bambini che pare abbiano pagato di persona**. Quello che è stupefacente è che **questo prezzo lo si è pagato senza alcun ritorno positivo, perché non è stato evitato alcun caso di epatite B pediatrico**!

Inoltre, purtroppo, sempre da questi dati italiani, è emerso che le reazioni avverse da vaccinazione antiepatitica B hanno colpito prevalentemente proprio il gruppo dei bambini di 0-14 anni e molto meno le altre età. Quindi, **parrebbe che questa vaccinazione crei danni proprio nel gruppo che è meno a rischio di ammalarsi!**

Ha senso tutto questo?

Un'ultima considerazione su questo problema potrebbe essere che noi sappiamo già da vari anni che numerosi virus (per esempio l'Epstein-Barr virus) sono ritenuti possibili fattori eziologici della sclerosi multipla, mentre finora non è stato ancora ufficialmente ammesso che il virus dell'epatite B possa attivare o causare una tale patologia.

Inoltre, sappiamo bene che l'attuale vaccino antiepatitico B non è un vaccino virale ma è semplicemente l'antigene di superficie (HBsAg) ottenuto con la tecnica del DNA-ricombinante dalle cellule di un lievito (*Saccharomyces cerevisiae*).

Pertanto, se un vaccino ricombinante, che contiene solo l'antigene HBsAg purificato che è solo una piccola parte del virus dell'epatite B, riesce realmente a causare la sclerosi multipla, significherebbe che dietro l'attivazione della patologia demielinizzante c'è un processo immunologico. Ebbene, **che i vaccini possano causare patologie autoimmunitarie è già ampiamente assodato.**

Interessante è anche un caso clinico pubblicato nel 2001 in cui si dimostra chiaramente la capacità del vaccino antiepatitico B di causare una *leucoencefalite acuta* in una donna di 39 anni. **I primi segni** (dislessia grave ed emianopsia omonima destra completa) **comparvero 4 settimane dopo la seconda dose del vaccino antiepatitico B e la risonanza magnetica cerebrale dimostrò la demielinizzazione del lobo occipitale sinistro**. La paziente fu trattata chirurgicamente e migliorò,

ma 3 mesi dopo ricevette la terza dose del medesimo vaccino e 11 giorni dopo (cioè in un tempo via via sempre più breve), **manifestò una emiparesi sinistra con un deterioramento acuto, grave e progressivo della vista**. La risonanza magnetica evidenziò una larga lesione demielinizzante in sede parieto-occipitale destra. **A distanza di 2,5 anni rimasero sia la dislessia che la cecità omonima destra completa.**

Io preferisco non esprimermi, ma non so quali ulteriori prove vuole la Scienza Medica per accettare che il vaccino antiepatitico B, ovviamente in alcuni soggetti a rischio, possa essere dannoso per il sistema nervoso centrale e per i processi demielinizzanti in particolare.

Comunque, intanto, vengono riportati anche casi di poliradicoloneuropatia infiammatoria fatale e di acufeni acuti con danno audiovestibolare permanente in pazienti che hanno ricevuto il vaccino antiepatitico B.

Un genitore allora potrebbe chiedersi: *"Alla luce di tutto questo, ha senso vaccinare un neonato di 2-3 mesi con questo vaccino?"*.

16.7 Danni da vaccino antipertossico

Dato che la pertosse è tanto più pericolosa quanto più il bambino è piccolo e dato che i lattanti non possiedono una sufficiente immunità passiva di origine materna, il vaccino viene consigliato nei bambini molto piccoli, ma purtroppo in questi sappiamo che è di gran lunga maggiore anche l'incidenza di danni da vaccino.

Si segnala inoltre che **ogni dose di vaccino DTP contiene *thimerosal* (sale di mercurio) e fosfato di alluminio**: vedremo più avanti che sia il mercurio che l'alluminio sono metalli molti tossici e quindi pericolosi.

Nel decennio del 1980 si utilizzava ancora il vecchio *vaccino antipertossico intero*, anche se in concentrazione nettamente inferiore a quello che veniva usato precedentemente, che però non gli ha impedito di continuare a **causare encefalopatie post-vacciniche che hanno lasciato danni permanenti con una frequenza di circa 1 caso ogni 25.000 vaccinati**. In questi casi, la sintomatologia neurologica acuta dell'encefalopatia causata dal vaccino appare dopo poche ore o comunque entro 3-4 giorni (eccezionalmente entro il settimo giorno) dalla vaccinazione e spesso inizia con febbre, convulsioni, grida acute, agitazione, rallentamento psicomotorio e perdita di conoscenza. Oltre a questi danni gravi, sono stati registrati anche vari danni cerebrali più lievi che molte volte si esprimevano nel bambino anche semplicemente con **un rigonfiamento transitorio della fontanella frontale.**

I danni causati dal vaccino antipertossico intero sono universalmente riconosciuti: nei primi 8 mesi del 1991, negli USA, ci sono state oltre 5.000 richieste di risarcimento per danni gravi o morti da vaccino (la frequenza è stata di circa 1

caso ogni 50.000 persone, comprendendo però tutti gli abitanti degli Stati Uniti e non solo i soggetti che hanno assunto questo vaccino) e il 66% di questi soggetti danneggiati aveva ricevuto l'associazione trivalente formata dal vaccino DTP.

Credo che oggi nessuno osi negare la dannosità del vaccino antipertossico intero e in tutto il mondo sono risultati migliaia i bambini deceduti o che hanno riportato gravi danni cerebrali per questa vaccinazione. Infatti, sarà proprio per questo motivo che si è cercato recentemente di mettere a punto un vaccino diverso, **il *vaccino antipertossico acellulare* che, pur essendo anch'esso non esente da reazioni avverse, le induce però con una frequenza sicuramente inferiore.**

Per quanto riguarda gli effetti indesiderati più importanti attribuiti a quest'ultimo vaccino contenuto per esempio nella trivalente DTPa (antidifterica-antitetanica-antipertossica acellulare) che sono stati documentati dalla banca dati Med-Line (della *National Library of Medicine*), vengono riportati:
– ritardo psicomotorio,
– disabilità permanente,
– atassia,
– atrofia corticale,
– epilessia,
– allergie e asma,
– encefalite,
– encefalopatia,
– encefalomielite,
– sindrome di Guillain-Barré,
– neurite brachiale,
– reazione anafilattica,
– episodi ipotonici-iporesponsivi,
– porpora trombocitopenica,
– morte.

Oggi, comunque, la vaccinazione antipertossica viene più facilmente somministrata in combinazione con quelle contro la rosolia e il morbillo (**vaccino MPR**), quindi i suoi effetti indesiderati devono essere distinti da quelli causati da questi altri due vaccini e la cosa non è sempre semplice. Comunque, **tra i danni che sono stati attribuiti al solo vaccino antipertossico acellulare ricordiamo** in particolare:
– grida irrefrenabili acute,
– idrocefalia,
– paralisi spastiche,
– gravi deficienze mentali,
– crisi epilettiche che non rispondono alla terapia,
– nevriti (polinevriti o nevriti localizzate al nervo acustico o al nervo ottico),
– sindrome della morte improvvisa infantile (SIDS), che nell'80% dei casi pare presentarsi entro 7 giorni dalla vaccinazione.

Alla luce di tutti questi dati, che comunque, per quanto possano spaventare sono quantitativamente inferiori a quelli causati dal vaccino antipertossico intero, nel 1999 l'associazione scientifica *Children's Vaccine Initiative* (CVI) e una commissione dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) stilarono un documento congiunto in cui si legge che sia il vaccino antipertossico intero sia quello acellulare sono molto efficaci nel prevenire la pertosse, ma il secondo è preferibile specialmente nei Paesi industrializzati che non accettano molto il vaccino intero.

La decisione se, quando e con quali modalità vada eseguita tale vaccinazione dipende (continua il comunicato del CVI e dell'OMS) dalle analisi locali dei rapporti costi/benefici e rischio/beneficio delle zone dei singoli Paesi. Inoltre, tale documento conclude dicendo che è necessario raccogliere ulteriori dati sui potenziali benefici [non era meglio raccogliere dati anche sugli effetti indesiderati?] di questa vaccinazione anche per gli adolescenti e gli adulti nonostante, alla luce delle nuove scoperte scientifiche, servano nuove *review* che permettano di rivedere e riconsiderare indicazioni, efficacia e appropriatezza di questo vaccino anche nei bambini piccoli.

In ogni caso, nonostante i pericoli rappresentati da questa realtà, che comunque è documentata da una abbondante letteratura, anche a dimostrazione di quanto possano essere opinabili o forse male interpretabili pure i lavori scientifici, vorrei citare una pubblicazione di due Autori tedeschi (Stehr ed Heininger) che hanno fatto la seguente dichiarazione: "S*u più di 635.000 vaccinazioni di DTP* (antidifterica-antitetanica-antipertossica con il vaccino antipertosse intero) *nella Baviera del nord dal 1982 al 1990 nemmeno un danno permanente poté essere fatto risalire alla vaccinazione*".

Il Prof. Ehrengut, che fino al pensionamento è stato responsabile dell'Istituto per le Vaccinazioni di Amburgo, ha contraddetto questa affermazione pubblicando su un'altra rivista la sua risposta in cui **racconta che i bambini vaccinati contro difterite-tetano-pertosse presentano un numero maggiore di danni da vaccino rispetto ai bambini vaccinati solamente contro difterite e tetano**. Quindi, egli ne trae la conclusione che la causa dei problemi risieda essenzialmente nel vaccino antipertossico e, sempre nel suo articolo, pubblica quattro casi molto gravi che si verificarono in Franconia e che furono riconosciuti dalle autorità locali come danni da vaccino aventi diritto al risarcimento e causati proprio dal vaccino della pertosse.

I due Autori suddetti, Stehr ed Heininger, che sono fortemente contrari ad ammettere l'esistenza dei danni da vaccino, nella loro pubblicazione hanno anche fornito le motivazioni di tale rifiuto sostenendo in particolare che, visto che secondo la Legge tedesca relativa ai danni da vaccino il richiedente deve portare le prove, ai genitori deve essere risposto: "*Le convulsioni o i disturbi che il vostro bambino ha avuto subito dopo la vaccinazione antipertossica sono puramente casuali e sarebbero sicuramente comparsi anche senza la vaccinazione*".

A mio avviso queste affermazioni sono tanto gravi quanto antiscientifiche, perché vorrei sapere in che modo questi due illustri professori siano in grado di dimo-

strare scientificamente che tra quei casi convulsivi e la vaccinazione c'è sicuramente una relazione casuale e nulla di più.

In ogni caso, risulterebbe che un bambino che non è in grado di parlare o i suoi genitori che non conoscono la Medicina, per ricevere l'attenzione del caso dovrebbero ora portare le dimostrazioni scientifiche che la Medicina istituzionalizzata e i Professori universitari sbagliano e quindi, o dimostrano che le convulsioni non sono casuali ma causali e in particolare causate dal vaccino o devono stare zitti e tenersi la beffa e il danno!

Ovviamente, dato che per i genitori e per la maggioranza dei medici non è possibile portare prove scientifiche inoppugnabili, è difficile contrastare questo atteggiamento "accademico" e, infatti, oggi si assiste alla triste realtà in cui è molto difficile dimostrare che una vaccinazione ha causato dei danni e dobbiamo subire tutto senza protestare perché qualsiasi cosa si dica contro i vaccini non viene accettata da chi ha autorità e potere decisionale.

Ancora, sulla rivista "Kinderarzt" (n.23 del 1992), il Prof. Ehrengut continua: "Negli USA, presso la '*US Claims Court*', ci sono 1719 richieste inoltrate al *Department of Health and Human Services* per casi di morte o di danni permanenti in seguito al vaccino DTP. Dei 230 risarcimenti finora concessi, 51 erano casi di morte e 42 di questi ultimi erano stati erroneamente diagnosticati come *Sudden Infant Death Syndrome*, cioè sindrome della morte infantile improvvisa, mentre erano **morti da vaccino**. Se l'affermazione di Stehr ed Heininger citata prima, e cioè che non esistono danni permanenti dopo la vaccinazione DTP, dovesse essere esatta, come mai i tribunali civili americani concedono ancora i risarcimenti per i danni da vaccino subiti?".

Infine, sempre il Prof. Ehrengut, conclude ricordando che negli anni subito successivi al 1975 la percentuale di vaccinazioni collettive antipertossiche in Germania è stata relativamente bassa (solo il 3-7% della popolazione) ma, nonostante questo, i casi di pertosse non sono aumentati, mentre sono diminuiti i casi di morte dovuti alla vaccinazione.

16.8 Danni da vaccino antimorbilloso

Il vaccino antimorbilloso è un vaccino vivo ora **non più disponibile singolo, ma solo in combinazione con i vaccini antiparotite e antirosolia nella famosa trivalente MPR**.

Sugli effetti indesiderati della sola vaccinazione antimorbillosa sono stati pubblicati molti studi e i principali danni dimostrati sono stati:
– linfoadenite regionale,
– porpora trombocitopenica con emorragie petecchiali che compaiono dal 3° al 14° giorno (il 70% di questi casi si sono manifestati durante le patologie virali conse-

guenti alla vaccinazione),
– convulsioni febbrili (che di solito si presentano dal 9° al 12° giorno), specialmente in bambini con una storia positiva per convulsioni (in questi soggetti viene pertanto raccomandata l'assunzione di antipiretici nella settimana che segue la vaccinazione, anche se altri Autori consigliano di attendere l'eventuale comparsa della febbre),
– insicurezza nella deambulazione (che compare dal 5° al 12° giorno),
– encefaliti ed encefalopatie (che si presentano dal 9° al 15° giorno insieme a stati convulsivi),
– cefalee,
– sindrome di Guillain-Barré,
– parkinsonismo,
– atassia cerebellare,
– neurite ottica,
– retinopatia diffusa,
– emoglobinuria parossistica,
– pitiriasis lichenoide e varioliforme,
– sindrome nefrosica,
– depressione alla reazione cutanea al test della tubercolina,
– panencefalite subacuta sclerotizzante,
– ipertricosi persistente nel sito di inoculazione.

Tra tutti questi **spicca per importanza e gravità il grosso e dibattuto problema dell'encefalite e dell'encefalopatia** da vaccino morbilloso e quello della famosa *PanEncefalite Sclerosante Subacuta* (PESS), che può complicare sia la malattia naturale che, anche se con minore frequenza, la vaccinazione. Recentemente, comunque, si sta registrando un netto calo dei casi di PESS in vari Paesi, però con la curiosa eccezione della Romania, in cui si registrano 5-6 casi/anno/milione di abitanti indipendentemente dall'uso del vaccino.

La panencefalite sclerosante subacuta è una delle complicanze più temibili del morbillo, ma può essere causata anche da altri virus (tra cui quello della rosolia o quello della parotite). È dovuta alla persistenza del genoma virale, ipermutato e adattato all'ambiente umano, all'interno del genoma delle cellule nervose. Dopo vari anni dal contatto col morbillo o col virus vaccinico, il genoma si riattiva e determina una neurodegenerazione, letale nel 100% dei casi. **Contrariamente a quanto si dice, la PESS può essere provocata anche dal vaccino** e quindi non è corretto pensare che la vaccinazione la prevenga automaticamente. Vediamo alcuni recenti studi al riguardo.

In uno studio indiano del 1997 si dimostra che l'incidenza di PESS da vaccino (cioè indotta dalla vaccinazione) è stimata intorno allo 0,7 per milione di dosi e viene riportato il caso di una quindicenne indiana che ha sviluppato la PESS come risultato di un effetto ritardato del vaccino MPR. La ragazza aveva effettuato il vaccino di routine a 9 mesi d'età, non aveva una storia di morbillo conclamato e il suo titolo anticorpale antimorbillo era alto sia nel siero che nel liquido cefalorachidiano.

In uno studio inglese del dicembre 2004 si afferma che il declino annuo nell'incidenza della PESS in Inghilterra e Galles è stato calcolato in ragione del 14%, di pari passo al declino nei casi notificati di morbillo. Tra il 1990 e il 2002 ne sono stati però osservati 47 casi e solo in 35 c'è stata una storia clinica di morbillo contratto e conclamato. L'intervallo fra insorgenza del morbillo e la PESS varia da un minimo di 2,7 ad un massimo di 23,4 anni. Quattro bambini con storia di vaccinazione non avevano avuto storia di morbillo conclamato. **In due di questi casi una biopsia cerebrale ha mostrato un'infezione morbillosa inapparente** (presenza di genoma). La biopsia cerebrale di altri 3 casi con storia di morbillo, di cui due vaccinati, hanno evidenziato il genoma del tipo selvaggio.

In uno studio croato del dicembre 2004 si analizzano due casi di PESS insorti nel 2002: entrambi i pazienti erano immunizzati. Non è stato individuato genoma di virus vaccinico ma un genotipo D6 mutato in numerosi loci delle sequenze geniche N e H. Comparando questo genoma con l'Edmonston (ceppo morbilloso di riferimento) si è osservata una ipermutazione.

Il Dr. Tasca, un pediatra che ha approfondito il tema delle vaccinazioni, commenta:

"*A proposito della PESS, credo debba essere sottolineato un particolare che, ad una lettura troppo rapida e poco meditata, può facilmente passare inosservato. L'incidenza della PESS da morbillo viene stimata in un caso su circa 100.000 persone che contraggono il morbillo. Anche in una epidemia significativa (infrequente e sporadica), con 40-50.000 affetti, potrebbe quindi non verificarsi affatto, oppure verificarsi entro un lungo lasso di tempo (anni e anni tra un caso e l'altro facendo la somma dei malati di ogni epidemia). L'incidenza della PESS provocata dal vaccino viene invece stimata in 0,7 casi per ogni milione di dosi di vaccino. Il numero apparirebbe molto più basso di quello delle PESS da morbillo naturale, ma quando si fanno i conti si scopre che in questo caso potrebbero manifestarsi molti più casi di PESS dovute al vaccino, dato che ogni anno vengono effettuate ben più di un milione di dosi e anche in soggetti assolutamente sani. Meditare anche su questo elemento può essere utile*".

Sono stati riportati anche rari casi di sindrome da *shock tossico* che si manifesta entro pochissime ore dalla vaccinazione e che è caratterizzata da febbre elevata, diarrea, vomito, tachicardia, ipertensione arteriosa, ulcere mucocutanee, rash cutanei, diatesi emorragica e rossore a palmi delle mani e piante dei piedi.

Uno studio clinico del 1996 ha dimostrato che i soggetti vaccinati contro il morbillo hanno 3 volte più probabilità di ammalarsi di morbo di Crohn e 2,5 volte di ammalarsi di colite ulcerosa rispetto i soggetti non vaccinati. Gli Autori dello studio attribuiscono a questa vaccinazione l'aumento del 300% del morbo di Crohn in Scozia dal 1968 al 1995.

Un Autore ha addirittura affermato che il morbillo può essere soppresso dalla vaccinazione antimorbillosa, che quindi si manifesterà in un'altra forma patologica.

Un ultimo grosso problema associato a questa vaccinazione riguarda le sempre maggiori segnalazioni di ceppi morbillosi che attaccano direttamente certi distretti dell'organismo causando gravi patologie localizzate. Ad esempio, sono documentati casi di patologia renale o del sistema nervoso causate dal virus morbilloso diventato particolarmente patogeno e che ha espresso la sua patogenicità senza passare per la malattia canonica (e quindi non causando una complicanza, ma una variante della malattia morbillosa classica). Questi casi sono stati documentati proprio nelle popolazioni altamente vaccinate, mentre prima dell'avvio delle vaccinazioni di massa non erano stati documentati. Il normale virus morbilloso ha delle porte d'ingresso specifiche e ben conosciute e quando ne adopera altre che, a parità di virus morbilloso, usualmente non vengono adoperate, significa che il virus si è modificato. Infatti, **si ritiene che l'uso di vaccini con virus del morbillo vivi e attenuati faciliti le mutazioni virali selezionando dei ceppi virali molto più patogeni** che, circolando nella popolazione e in particolare nei vaccinati, inducano poi dei morbilli anomali.

Inoltre, il danno legato all'uso della vaccinazione di massa non è legato semplicemente ad un concetto di resistenza al sistema immunitario, ma anche di svuotamento di "nicchie ecologiche" che vengono prontamente rioccupate da altre forme tendenti ad un comportamento analogo. Cioè, se noi togliamo dalla circolazione un virus o un batterio, accade che le forme patogene più simili prendono il suo posto, ma di solito ciò significa una intensificazione della capacità patogena del germe.

Se millenni di selezione naturale hanno instaurato un certo equilibrio biologico tra germi e uomo, significa che questa è la condizione migliore! *Il medico saggio non è quello aggressivo che vuole eliminare i germi, ma quello che ha come obiettivo il difendersi e il convivere con essi.*

16.9 Danni da vaccino trivalente Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR)

La vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia è considerata una vaccinazione **potenzialmente molto pericolosa** ed effettivamente la storia di questo vaccino trivalente è segnata da vari ritiri dal commercio di prodotti commerciali risultati, sempre a posteriori, dannosi per i riceventi.

Tra le patologie attualmente più a rischio è sicuramente considerato l'**autismo** (che verrà trattato nel paragrafo seguente), ma la letteratura riporta anche molte segnalazioni di svariati effetti indesiderati (secondo i nostri sistemi di farmacovigilanza italiana, pare che i vaccini MPR causino circa **2 reazioni importanti ogni 10.000 dosi somministrate**).

Tra gli effetti registrati sono stati evidenziati casi di:
– Febbre con malessere/astenia.

– Dolori muscolo-scheletrici.
– Rash cutanei e orticaria.
– Edemi periferici, flogosi locale e linfoadenopatia.
– Broncospasmo, laringospasmo, asma.
– Edema angioneurotico, reazioni da ipersensibilità e reazioni anafilattiche
– Porpora trombocitopenica idiopatica, che è una complicazione particolarmente grave se il vaccino viene continuato dopo la prima manifestazione della patologia. Uno studio danese, che ha stilato una lista dei farmaci provocanti la trombocitopenia, ha citato il vaccino MPR come uno dei composti ai primi posti della lista. Uno studio epidemiologico retrospettivo francese di farmacovigilanza ha dimostrato che l'incidenza della porpora trombocitopenica (la trombocitopenia da vaccino è sempre associata alla porpora) è la seguente:
— *vaccino antirosolia monocomponente*: 0,17 casi ogni 100.000 dosi;
— *vaccino antimorbilloso monocomponente*: 0,23 casi ogni 100.000 dosi;
— *vaccino antimorbilloso-antirosolia*: 0,87 casi ogni 100.000 dosi;
— *vaccino antimorbilloso-antiparotitico-antirosolia (MPR)*: 0,95 casi ogni 100.000 dosi.

Ultimamente, però, studi impostati sul sistema molto preciso della "farmacovigilanza attiva" imputano al vaccino MPR un numero maggiore di casi di trombocitopenia: da 1 caso ogni 24.000 dosi ad 1 caso ogni 22.300 dosi entro 6 settimane dall'immunizzazione; l'*Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) dei CDC (*Centers for Disease Control and Prevention)* di Atlanta (USA) ha quindi consigliato di evitare di continuare la somministrazione del vaccino in questi soggetti trombocitopenici (cioè, non ha detto di cercare di individuare i fattori che possono predisporre i bambini a sviluppare una porpora trombocitopenia quando verranno vaccinati, ma ha semplicemente detto che quando la patologia si è manifestata si possono sospendere le vaccinazioni future!).

– *Meningiti asettiche*: un lavoro pubblicato sulla rivista *The Lancet* evidenziò che il vaccino MPR sembrava essere anche aggravato da una incidenza di meningiti asettiche (è una classica reazione linfocitaria di tipo 1) percentualmente molto superiore a quella che si pensava in precedenza. Fino a quel momento si credeva infatti che l'incidenza della meningite asettica si limitasse a 0,4-10 casi per milione di bambini vaccinati. Queste sono cifre rigorosamente ufficiali che vengono utilizzate diffusamente in tutti i Paesi europei, ma i risultati di uno studio finanziato dal governo inglese sono molto diversi: **l'incidenza della meningite asettica (post-vaccinale) è risultata di 1 caso su 11.000 vaccinati**. Inoltre, gli Autori di questa ricerca affermano che l'incidenza di queste meningiti post-vaccinali comporta anche un numero sorprendente di altre complicazioni. Un caso di meningite conclusosi con la morte del bambino per bronchiolite e polmonite interstiziale da virus morbilloso 11 giorni dopo l'assunzione del vaccino MPR, con isolamento del virus del morbillo del vaccino in vari tessuti dell'organismo, è purtroppo accaduto anche a Padova nel febbraio 2003.

– *Paralisi del 6° paio di nervi cranici*, che in un caso comparve 1 settimana

dopo la vaccinazione, scomparve all'8^a settimana e ricomparve alla 15^a . Nel nostro Paese c'è stato anche un caso di *emiparesi sinistra* in una bambina di 2 anni che si è manifestata 11 giorni dopo la vaccinazione e che in circa 2 settimane è evoluta causando anche la paralisi della parte destra del corpo: **a distanza di 5 anni la bambina resta completamente paralizzata** (quello che è interessante sottolineare è che questo caso non è comparso sulla letteratura medica ma solo sui giornali ed è da questi che l'ho saputo ... mi chiedo allora: *quanti danni gravi da vaccini accadono ogni anno in Italia senza che lo si sappia*?).

– *Crisi convulsive gravi e patologie cerebrali demielinizzanti*: proprio per questo motivo nel dicembre 2004 è stato ritirato dal commercio italiano il vaccino trivalente *Priorix* contro morbillo, parotite e rosolia ed è stata avviata una indagine giudiziaria contro la Ditta produttrice; il vaccino aveva causato uno stato di male epilettico resistente alla terapia farmacologica in un bambino di 12 mesi (che è deceduto dopo 4 mesi) e in un bambino della stessa età aveva causato anche ricorrenti episodi cerebrali critici con sviluppo di encefalite demielinizzante acuta [ADEM] e ritardo cronico dello sviluppo psicomotorio. Infatti, ricordo che **è molto dibattuto il problema dei casi di encefalopatia seguita da morte o da danni cerebrali permanenti da vaccino antimorbilloso** e che sono stati riportati alcuni casi (incidenza: 8/100.000) di atassia cerebellare con disturbi della deambulazione che possono insorgere circa 7-14 giorni dopo la vaccinazione MPR.

Uno studio ha dimostrato che tutti questi disturbi sono più frequenti se il vaccino viene somministrato in adolescenti piuttosto che se venisse somministrato in bambini in età pre-scolare.

A causa di questi e altri effetti, che poi sono risultati essere causati prevalentemente dal vaccino *Morupar* (che ha provocato più danni anche del *Priorix*), alla fine anche il *Morupar* è stato ritirato dal commercio.

Quello che **è stupefacente osservare è che il vaccino trivalente *Morupar* è stato ritirato solo il 16 marzo 2006, nonostante si sapesse già dal 2004 che causava reazioni avverse con una frequenza doppia rispetto al *Priorix*** e ad un altro vaccino dello stesso tipo (*MMR II*) e nonostante il Brasile lo avesse già ritirato dal commercio nel primo semestre 2004. Per quanto riguarda il nostro Paese, si è però atteso fino a marzo 2006 quando la frequenza di reazioni allergiche segnalate salì fino a valori circa 5 volte quelli degli altri due vaccini in commercio in Italia. La spiegazione ci viene dall'AIFA (*Agenzia Italiana del Farmaco*) che nel 2005, quando i casi di reazioni avverse erano già molto frequenti, si giustificò dicendo: "*siccome tale frequenza rientra nel range previsto dall'OMS, ... il profilo beneficio/rischio è ancora positivo*".

Solo a scopo mnemonico, ricordiamo che il *Morupar* era stato autorizzato al commercio in Italia nel maggio 1990 ed **è tuttora ancora distribuito in 23 nazioni extra-europee**.

Comunque, oltre a tutti questi dati, **quello che sta scioccando il mondo scienti-**

fico in questi primi anni del XXI secolo e che sta mietendo *la paura tra i genitori ben informati* e una feroce indignazione tra quelli che ne hanno sperimentato tragicamente il danno sui propri figli, è la relazione tra vaccino MPR e una gravissima patologia neuropsichiatrica infantile: l'autismo.

16.10 Il vaccino Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR) e l'autismo

Prima di tutto è bene definire l'autismo e per farlo, dato che dal 1994 i criteri richiesti per i *Disturbi Autistici* (codice 299.00) sono stati stabiliti nell'edizione del DSM-IV, ci serviremo di quest'ultimo libro.

16.10.1 Definizione di autismo

L'autismo è una malattia caratterizzata da un comportamento psicopatologico che si esprime attraverso l'isolamento dai rapporti interpersonali e dal mondo circostante da cui può derivare dissociazione dell'io e perdita di contatto con la realtà; il bambino è tutto assorto in attività mentali concentrate su se stesso (per esempio sogni ad occhi aperti, fantasie, allucinazioni, ecc.) e ha una necessità paurosa e forzata di mantenere invariato il mondo degli oggetti (paura dei cambiamenti), con alterazioni dello sviluppo sia intellettivo che linguistico.

La tabella sottostante raccoglie comunque i criteri più aggiornati per la diagnosi di autismo.

Tab. 56 - **Criteri DSMAV per la diagnosi di autismo.**

I) *Un totale di sei o più punti da A, B e C, con almeno due da A e uno fra B e C*:

A) Danno qualitativo nell'interazione sociale, manifestato attraverso almeno due dei seguenti comportamenti:

1. – Danno marcato nell'uso di comportamenti non verbali multipli come mantenere lo sguardo fisso occhio-occhvio, espressioni facciali, posture del corpo e gestualità nel regolare le interazioni sociali.
2. – Insuccesso nello sviluppare appropriate relazioni alla pari a un certo grado di sviluppo.
3. – Mancanza di una ricerca spontanea alla condivisione di divertimenti, interessi e/o obiettivi con altre persone (ad esempio per mancanza di dimostrazione o indicazione di oggetti di interesse ad altre persone).
4. – Mancanza di reciprocità sociale o emozionale (nota: viene data questa descrizione "partecipazione non attiva nei semplici giochi di società, preferenza per

le attività solitarie o coinvolgimento di altri con compiti puramente strumentali o di aiuto meccanico”).

B) Danno qualitativo della comunicazione che si manifesta attraverso almeno uno dei seguenti comportamenti:

1. – Ritardo o mancanza assoluta nello sviluppo del linguaggio (non accompagnato da un tentativo di compensazione attraverso metodi alternativi di comunicazione come la gesticolazione o la mimica).
2. – In individui con linguaggio adeguato, danno marcato nella capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri.
3. – Uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo, oppure di un linguaggio idiosincratico.
4. – Mancanza di un appropriato sviluppo di capacità creative per il gioco spontaneo o di carattere imitativo.

C) Modi comportamentali ripetitivi e stereotipati, interessi e attività limitati che si manifestano attraverso almeno due di questi comportamenti:

1. – Ossessione comprendente uno o più modelli di interesse stereotipati o limitati anormali, sia in termini di intensità che di concentrazione.
2. – Apparentemente inflessibile attaccamento a specifici rituali o comportamenti routinari privi di scopo.
3. – Modi di fare ripetitivi e stereotipati (ad esempio mano o dito sbattuti o contorti, o movimenti del corpo particolarmente complessi).
4. – Ossessione persistente verso determinati oggetti.

II) Funzionalità anormali o ritardi in almeno una delle seguenti aree, manifestatasi prima dei 3 anni:

A) Interazione sociale.
B) Linguaggio, come utilizzo nella comunicazione sociale.
C) Gioco immaginativo o simbolico.

III) *Il disturbo non è meglio correlabile ad una sindrome di Rett o ad una generica sindrome infantile disgregativa*.

16.10.2 Un po’ di storia

Un’osservazione storica molto importante è che **l’autismo era sconosciuto fra le culture antiche e perfino nel Medioevo e che è “apparso” appena 60 anni fa.**

Leo Kanner, mentre lavorava al *John Hopkins Hospital*, fu il primo a descrivere l’autismo nel 1943. Il suo articolo (*Autistic disturbances of affective contact*) descrive 11 casi di bambini che soffrivano di una rara sindrome di “solitudine autistica estrema”. Egli scrisse che il suo incontro nel 1938 con un bambino del Mississippi, Donald T., “*mi fece conoscere un tipo di comportamento fino ad allora ignoto a me e a chiunque altro*”.

Dato che questi sintomi comparivano ad una età precoce nei bambini, la *Sindrome di Kanner* è oggi conosciuta anche come “*autismo infantile*”.

“**L’inizio ritardato dell’autismo (a partire dal secondo anno)** era quasi sconosciuto negli anni che vanno dal 1950 al 1970, ma oggi questi casi superano numericamente quelli dell’insorgenza precoce in rapporto di 5 a 1”.

I genitori, in numero sempre maggiore, stanno riportando situazioni di “*autismo ritardato*” che possiamo riassumere con le caratteristiche di **un bambino, più spesso un maschio, che si è sviluppato normalmente e che è socialmente e verbalmente alla pari con i suoi coetanei, ma che poi si blocca improvvisamente e diventa incapace di apprendere nuove parole, nuove abilità nel suo secondo anno di vita e poi regredisce, perdendo l’uso della parola, delle sue capacità cognitive e della destrezza**.

I bambini che appartengono a questo gruppo sono dichiarati affetti da “*autismo regressivo*”. Inoltre, il danno familiare è aggravato dal fatto che alcuni genitori, oppressi da questa situazione, possono allontanarsi dalla famiglia e lo stress generato dai difficili rapporti con i fratelli può sfociare in disturbi comportamentali in questi ultimi, aggiungendo sofferenze a sofferenze.

16.10.3 Cenni di fisiopatologia

La causa dell’autismo viene definita molto genericamente dalla Medicina accademica attuale come *un danno cerebro-organico* avvenuto nella prima infanzia e nella letteratura scientifica ci sono molti sospetti che i vaccini siano dei grandi facilitatori di questa patologia, che purtroppo è in aumento nel mondo pediatrico (sembra che **in Italia ci siano circa 5-6.000 bambini autistici**, ma il numero è sicuramente sottostimato e in netta crescita).

Possiamo dividere i bambini autistici in due gruppi che evolvono in modo diverso tra loro:

– il primo gruppo manifesta uno sviluppo alterato fin dai primi mesi di vita;

– il secondo gruppo, invece, che inizialmente ha comportamenti pressoché normali, manifesta la malattia all'improvviso, di solito verso i 2-3 anni di vita e poi si aggrava progressivamente (ricordo comunque che si ritiene che l'età mediana della diagnosi di autismo sia approssimativamente verso i 4 anni di vita).

Harris Coulter, un medico americano che **sta dedicando la sua vita** per la ricerca e la diffusione di idee, esperienze e risultati della Medicina empirica spesso in contrasto con il modo contemporaneo di intendere la Medicina e che per tali scopi ha fondato il *Center for Empirical Medicine* (Washington, D.C.), in un suo famoso libro sui danni da vaccini scrive: "... *La categoria medica smetterà di effettuare tutti questi sforzi sterili e potrà operare in modo proficuo e più sensato soltanto quando sarà disposta a considerare l'autismo come un insieme di molte possibili combinazioni rientranti nell'ambito della sindrome post-encefalitica ... Infatti, come non è possibile distinguere con sicurezza la sindrome autistica da altri disturbi neurologici, spesso non è nemmeno possibile distinguerla dallo stato di normalità psichica, cioè emozionale*!"
'E proprio in questo suo libro, scritto per far conoscere i danni dei vaccini, che Coulter si dilunga a parlare della sindrome autistica come di una tanto frequente quanto misconosciuta espressione sintomatologica del danno vaccinale.

I dati autoptici e sperimentali che abbiamo depongono, sia nell'autismo che nelle disfunzioni cerebrali minime, per una lesione demielinizzante del sistema nervoso centrale e sappiamo bene che **il processo di mielinizzazione delle fibre nervose è un processo lento e graduale che inizia durante la vita intrauterina e si completa negli anni; poi prosegue con ritmi diversi e variabili a seconda del distretto neurologico fin verso il 15-20° anno di vita**, ma per certi nervi la mielinizzazione continua fino al 45° anno.

Un dato interessante è che la mielinizzazione inizia prima nelle strutture filogeneticamente più antiche (la parte neurologica più "animale" della persona) e termina a livello delle strutture del neoencefalo. Inoltre, sappiamo sperimentalmente che le tossine (virali, batteriche, chimiche e fisiche) causano processi di demielinizzazione negli animali di laboratorio. Quindi un vaccino, che è un insieme di varie sostanze squilibranti, è potenzialmente deleterio per il sistema nervoso centrale proprio perché lo lede nella delicatissima fase di evoluzione neonatale. **A seconda del momento temporale in cui queste "multi-tossine" colpiscono il cervello, ne conseguirà una lesione che prenderà nomi diversi per sintomatologia e gravità, ma che comunque, evitando la vaccinazione o *spostandola ad un'età maggiore, avremmo potuto sicuramente evitare*.**

16.10.4 Nozioni epidemiologiche

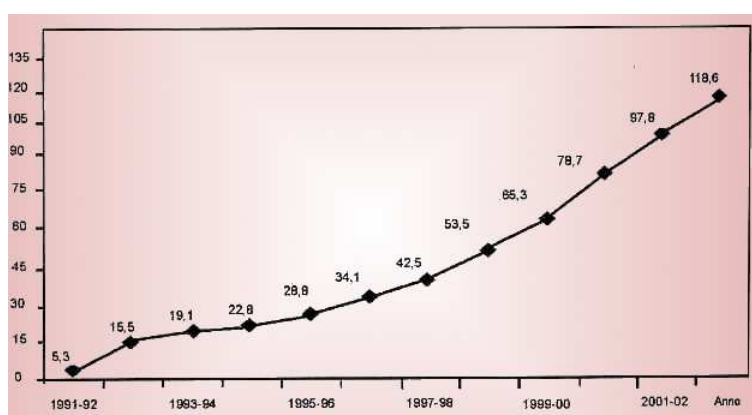
Nel 1976, i casi di autismo negli USA erano ancora pochi: dal momento in cui questi hanno cominciato a crescere con una certa regolarità, fu presa la decisione di

considerare questa patologia separatamente dalla altre (1991). Come viene illustrato dalla figura seguente, **il numero di individui fra i 6 e i 21 anni con autismo negli USA aumentò in modo costante da 5.315 unità nell'anno scolastico 1991-1992 fino a 118.602 nella stagione 2002-2003**, così come si evince dall'ultimo rapporto del Dipartimento dell'Istruzione (*U.S Department of Education*, 26th *Annual Report to Congress on the Implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*, 2003).

Ogni Stato degli USA ha registrato un incremento nel numero di studenti con una diagnosi di autismo: quelli con il più alto incremento sono evidenziati nella tabella sottostante.

A livello percentuale e rispetto l'aumento delle inabilità complessive, la tabella sottostante fa chiaramente vedere che negli ultimi 10 anni, il numero di bambini con autismo fra i 6 e i 21 anni di età che hanno frequentato le scuole degli Stati Uniti è aumentato in misura spropositata: addirittura del **1700**%!!

In pratica, negli USA si parla di "epidemia" di autismo (è ovviamente un modo di dire perché l'autismo non è certamente una malattia infettiva), perché si è passati da 1 caso ogni 1.333 bambini a metà degli anni 1980 (7,5 casi/10.000) a 1 ogni 323 bambini alla fine degli anni 1990 (31,2 casi/10.000), **fino a 1 ogni 166 bambini nel 2004.**

Fig. 22 - **Numero di bambini dal 6 ai 21 anni con diagnosi di autismo che frequentano le scuole USA** (tratto da: *U.S. Department of Education, 26th Annual Report to Congress on the implementation of the individuals with Disabilities Education Act*, 2003)

Y = Numero di studenti con autismo ($\times$ 1000)

Tab. 57 - **Stati americani con il maggiore aumento di studenti con autismo (età da 6 a 21 anni) negli anni scolastici 1992-1993 e 2002-2003.**

Stato deli USA	Periodo 1992-1993	Periodo 2002-2003
Illinois	5	5080
Maryland	28	2962
Mississipi	0	537
Nebraska	4	481
Nevada	5	684
New Hampshire	0	491
Ohio	22	4017
Oregon	37	3339
Wisconsin	18	2739
DC	0	179

Tab. 58 - **Aumento dell'autismo e di tutte le altre forme di inabilità scolastiche degli USA nel biennio 1991-1992 e 2001-2002**

	1991-1992	2001-2002	Incremento
Autismo	5.315	97.847	+1.700%
Inabilità complessive	4.499.924	5.853.830	+30%

Inoltre, sempre dai dati USA del 2004, pare che **un bambino ogni 6 abbia disturbi caratteriali o dello sviluppo mentale.**

Specificatamente all'autismo, comunque, è stato calcolato che **ogni ragazzo colpito può "costare" al sistema scolastico americano una cifra che non è inferiore a circa 30.000 dollari all'anno**.

Io mi sono sempre chiesto:

Perché in questi ultimi anni l'autismo è diventato particolarmente frequente e perché specialmente nei bambini americani?

Sappiamo che **l'idea di somministrare vaccini in alto numero ad una età neonatale molto precoce è nata negli USA,** ma è altrettanto vero che oggi questa usanza si sta diffondendo in molti altri Paesi del mondo grazie alla pressione politico-commerciale dell'Industria Farmaceutica. Comunque, se è vero che una delle principali cause dell'autismo è rappresentata dalle vaccinazioni pediatriche, specie quando queste contengono mercurio, dato che questo metallo non è stato completamente tolto dai vaccini, in questi anni assisteremo sicuramente ad una grande crescita delle diagnosi di autismo nei nostri piccoli.

16.10.5 Alcune possibili cause dell'autismo

Il Dr. Edward F. Yazbak, che è nonno di un ragazzo affetto da autismo regressivo con enterocolite da autismo e con evidenza di RNA genomico del morbillo nella parete intestinale e che ha fondato l'Istituto di Ricerca *T.L. Autism Research* negli USA, ha scritto in un suo bellissimo articolo pubblicato nell'autunno 2003 nel *Journal of American Physicians and Surgeons*, che denuncia una grave situazione della gestione della sanità mondiale:

"Il controllo delle epidemie è sotto la responsabilità delle autorità sanitarie pubbliche. I CDC americani (*Centers for Disease Control and Prevention*), che rappresentano l'agenzia centrale incaricata per la sanità nazionale, hanno giocato in passato un ruolo vitale in diverse crisi nazionali e internazionali mettendo a punto dei razionali e utili programmi di intervento. . . .

Dagli anni '80, però, questa agenzia è stata sempre più coinvolta nella promozione e nella regolamentazione dei vaccini e, comunque, i CDC hanno fatto ben poco per il controllo dell'epidemia dell'autismo o per ricercarne le cause. Fino ad oggi [2003] hanno finanziato solo tre studi, tutti di carattere epidemiologico.

Nei primi due studi, entrambi condotti negli Stati Uniti, sono stati riscontrati importanti aumenti dei casi di autismo, ma non è stato né proposto né fatto nulla di concreto per affrontare o limitare questa drammatica situazione. . . .

Il terzo studio, condotto in Danimarca, da come è stato impostato sembra avesse come unico scopo quello di tentare di escludere la correlazione fra l'autismo e la vaccinazione MPR. Svariati problemi metodologici hanno compromesso la ricerca *e, nonostante fosse stata determinata un'elevata incidenza di autismo fra i bambini che avevano ricevuto la vaccinazione MPR, gli Autori asserirono che non esisteva alcuna correlazione fra le due cose*.

Inoltre, lo studio non ha molta pertinenza con la situazione americana. **I vaccini in Danimarca non contenevano *thimerosal* fino al 1992 e in quel tempo i bambini danesi ricevevano solo 6 dosi di vaccino nel primo anno di vita, mentre quelli americani ne ricevevano 12 o più nello stesso periodo**: **molti di questi vaccini americani contenevano *thimerosal*, compresi quelli che venivano somministrati al nido**. Inoltre, uno studio di Geier riporta che **fino al 1999 i vaccini pediatrici somministrati ai bambini americani contenevano una quantità di mercurio che era tripla rispetto quella usata in Inghilterra, Danimarca e Svezia.**

*Fino ad oggi, sebbene **i CDC** dicano di non conoscere le cause dell'autismo e i suoi sintomi neurologici, endocrini, gastrointestinali e immunitari, **tengono un atteggiamento che, agli occhi di molti esperti studiosi, sembra essere fermamente determinato a negare qualsiasi potenziale ruolo del vaccino MPR, del mercurio e dell'alluminio nella genesi dell'autismo**, senza produrre al suo interno alcuno studio di carattere clinico.*"

– AUTISMO E MERCURIO

La possibilità che il mercurio possa colpire il sistema immunitario di alcuni bambini geneticamente predisposti e possa far scattare conseguentemente l'autismo a fronte dell'esposizione di questi bambini al vaccino MPR non è mai stata esclusa in via definitiva. La decisione di eliminare il *thimerosal* dai vaccini pediatrici, nel 1999, fu sicuramente prudente. **È difficile credere che, per assicurare la sterilità dei vaccini, un ben noto veleno sia stato utilizzato per più di 60 anni in farmaci espressamente indirizzati ai bambini, già nei primi mesi di vita**. Non esistono forse dei conservanti più sicuri?

È urgente una ricerca seria e indipendente, ma sappiamo che non è certamente possibile attenderla da persone che hanno uno stretto legame economico con le Industrie Farmaceutiche produttrici dei vaccini e le cosiddette autorità sanitarie, come i CDC. . . .

Il mercurio contenuto nei vaccini gioca sicuramente un ruolo importante nel trasformare una predisposizione genetica e immunologica nell'autismo conclamato. Infatti, è un dato acquisito che gli autistici siano più predisposti di altri bambini ad andare incontro ad un'infiammazione cronica dell'apparato gastroenterico (30-40% invece di un normale 5-10%). Questi soggetti sviluppano quella che viene chiamata *enterocolite autistica*, una patologia che altera l'assorbimento di alcune sostanze introdotte nel corpo (come il mercurio, ma anche i prodotti della digestione di pane e latte) trasformandole in neurotossine che raggiungono il cervello scatenando i disturbi comportamentali. Una dieta appropriata e la somministrazione di un trattamento adeguato aiutano a tenere sotto controllo l'infiammazione intestinale.

Negli ultimi due anni, comunque, gli studi che hanno dimostrato una relazione stretta tra autismo e mercurio assunto dai bambini attraverso le vaccinazioni si sono moltiplicati e i loro Autori non hanno avuto dubbi. Geier, uno di questi, scrive. "*Il risultato dello studio dimostra che c'è una plausibilità biologica e una evidenza epidemiologica che mostrano una correlazione tra aumento delle dosi di vaccini contenenti mercurio e i disordini dello sviluppo neurologico e c'è una correlazione anche tra vaccini antimorbillosi e gravi problemi neurologici*".

Infatti, le prove scientifiche di cui oggi disponiamo a favore di **una correlazione positiva tra mercurio e autismo** sono schiaccianti. Tra queste prove ne ricordo alcune tra le principali:

— Il mercurio attraversa la barriera ematoencefalica e quella placentare; i dati sono stati confermati anche da uno studio dell'FDA che ha dimostrato pure una discreta concentrazione del mercurio in vari tessuti compreso il cervello.

— Uno studio ha dimostrato che **la gravità dell'autismo è direttamente correlata al contenuto in mercurio dei capelli dei bambini che ne sono affetti** e suggerisce che i bambini autistici abbiano una maggiore incapacità di eliminare il mercurio rispetto i controlli.

— Un altro studio ha studiato **il metabolismo della cisteina e del glutatione (due sostanze essenziali per l'escrezione del mercurio dall'organismo)** e ha dimostrato che, rispetto ai coetanei sani, i bambini autistici hanno una significativamente ridotta concentrazione plasmatica di cisteina (-19%) e di glutatione (-46%); inoltre, questo studio ha dimostrato che i bambini autistici hanno un aumento significativo dello stress ossidativo (rispetto ai normali, il loro rapporto tra glutatione ossidato e ridotto è ridotto ad un terzo).

— Vari altri studi hanno dimostrato che **la neurotossicità del mercurio è associata ad una deplezione di glutatione**[1]. Sappiamo che l'etilmercurio (dei vaccini) si lega al gruppo tiolico ($-SH$) della cisteina presente nelle proteine intracellulari e inattiva le loro funzioni. In presenza di una adeguata concentrazione di glutatione (che funge da antiossidante), i gruppi tiolici della cisteina contenuta nel glutatione **legano l'etilmercurio sequestrandolo** e quindi evitando che questo si leghi e blocchi i gruppi tiolici delle altre molecole di cisteina. Pertanto, **il glutatione diventa (e in realtà lo è veramente) il maggior meccanismo di escrezione di mercurio dall'organismo e i soggetti con una deficienza genetica della sintesi di glutatione saranno meno capaci ad eliminare il mercurio e quindi saranno più sensibili ai danni mercuriali**.

— Sappiamo che la cisteina viene sintetizzata per azione dell'enzima *metionina-sintetasi*, ma sappiamo anche che il mercurio contenuto nei vaccini blocca alcuni enzimi che attivano questo enzima con la conseguenza che si altera lo sviluppo cerebrale e, secondo gli Autori dello studio, si incrementa l'incidenza di autismo e del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD: *Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder*, o più semplicemente ADD [*Attention Deficit Disorder*]).

— Uno studio molecolare del 2003 ha dimostrato che anche le concentrazioni micromolari (mcM) di mercurio inducono danni della membrana cellulare e del DNA e inducono un'apoptosi[2] dei neuroni umani e dei fibroblasti entro poche ore dall'esposizione.

— Uno studio molto bello condotto in vitro ha dimostrato che **concentrazioni nanomolari (nM) di mercurio alterano marcatamente sia la struttura della membrana cellulare sia la velocità di crescita lineare dei neuriti del 77% dei nervi studiati**, mentre alluminio, cadmio, piombo e manganese non causano

[1] Il *glutatione* è un polipeptide con proprietà antiossidanti. È un tripeptide formato da cisterna, glicina e acido glutammico (noto come "glutammato"). Il glutatione è un forte antiossidante, sicuramente uno dei più importanti tra quelli che l'organismo è in grado di produrre. Rilevante è la sua azione sia contro i radicali liberi o molecole come perossido di idrogeno, nitriti, nitrati, benzoati e altre.

[2] In biologia, il termine *apoptosi* (coniato nel 1972 da John F. Kerr, Andrew H. Wyllie e A. R. Currie a partire dal termine greco che indica la caduta delle foglie e dei petali dei fiori) indica una forma di morte cellulare programmata.

questi danni e non alterano la crescita neuronale. Pertanto, gli Autori concludono affermando che **il mercurio è un potente fattore di neurodegenerazione**. Risultati del tutto sovrapponibili sono stati ottenuti anche da studi di altri Autori.

— Alcuni Autori hanno riscontrato che **i maschi sono statisticamente più soggetti alla neurotossicità da mercurio delle femmine**; infatti, altri Autori hanno ipotizzato che ci sia una interazione tra la tossicità da mercurio e il testosterone e altri ancora hanno dimostrato che **gli estrogeni migliorano significativamente la neurotossicità del mercurio**.

— Infine, studiando un tipo di topi geneticamente suscettibili ai danni autoimmunitari, alcuni Autori trovarono che questi animali erano particolarmente suscettibili agli effetti neurotossici del mercurio utilizzato alle dosi proporzionatamente sovrapponibili a quelle contenute nei vaccini pediatrici. Questi Autori riscontrarono che **i topi trattati con mercurio sviluppavano una sindrome del tutto sovrapponibile a quella autistica: disturbi della crescita, disturbi locomotori, incremento della massa cerebrale, decremento del numero delle cellule di Purkinje cerebrali, alterazioni delle aree cerebrali adibite ai processi emotivi e cognitivi, alterazione dei recettori e dei trasportatori del glutammato**, ecc.

Alla luce di tutto questo verrebbe allora da chiedersi:

Cosa accadrà allora ai neonati geneticamente suscettibili ai danni neurologici infiammatori e autoimmunitari quando riceveranno vaccini contenenti mercurio?

– AUTISMO E MERCURIO: INTOSSICAZIONE IN EPOCA PRENATALE

Nel 2007, il Dr. Geier, uno dei maggiori esperti americani sui danni neurologici da mercurio vaccinale, ha scritto un interessante articolo su questo argomento.

In questo suo lavoro, Geier riporta le osservazioni di alcuni Autori che nel 2005 pubblicarono uno studio in cui ipotizzarono che i bambini autistici avessero subito dei cambiamenti patologici a livello del cervelletto in un'eta di sviluppo che va dalla 21^a alla 32^a settimana di gestazione con un picco di più elevata frequenza di incidenza alla $25 - 28^a$ settimana intrauterina. *Questi Autori conclusero il loro studio afffermando che tutti i dati supportano la possibilità di stressor prenatali come potenziali fattori eziologici dell'autismo.*

Oltre a ciò, parallelamente, va ricordato il già noto utilizzo della somministrazione delle *immunoglobuline anti-Rh* in donne Rh-negative che avevano partorito un figlio Rh-positivo. Questo uso permette di ridurre notevolmente l'incidenza delle isoimmunizzazioni Rh [causate dal passaggio di globuli rossi del figlio Rh-positivo nel sangue materno Rh-negativo a causa di amniocentesi, aborti spontanei o indotti, emorragie feto-materne, traumi, ecc.] facendola passare dal 12-13% all'1-2%.

Ancora nel 1978, due Autori dimostrarono che si poteva ridurre ulteriormente l'incidenza dell'isoimmunizzazione Rh dall'1,6% allo 0,1% somministrando alla madre le immunoglobuline anti-Rh in due momenti: una fiala alla 28^a settimana di gestazione e una fiala subito dopo il parto.

Questo studio è stato così convincente che nel 1990 l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* ha fatto suo tale consiglio raccomandando ai ginecologi americani di somministrare routinariamente la prima dose di immunoglobuline anti-Rh a tutte le donne Rh-negative, tenendo ovviamente sempre valida l'altra dose al momento del parto.

Ebbene, **dato che le immunoglobuline anti-Rh contenevano mercurio, una buona parte dei neonati americani si sono trovati a ricevere ben una dose supplementare di mercurio addirittura prima ancora di nascere** e cioè a 28 settimane di gestazione, quando non solo il sistema immunitario ma anche tutto il sistema nervoso del feto è in totale formazione ed è fortemente sensibile a tutto ciò che lo può alterare. Ebbene, il suddetto recente studio del Dr. Geier, pubblicato nel 2007 e condotto sui primi **53 consecutivi bambini autistici nati tra il 1987 e il 2001** che si sono presentati presso i *Genetic Centers of America*, ha dimostrato che i bambini autistici hanno una maggiore e statisticamente significativa probabilità di avere madri Rh-negative rispetto ai controlli non autistici (28,30% contro 14,36%, con $p < 0,01$); inoltre, **ognuna delle madri di questi bambini autistici aveva ricevuto una fiala di immunoglobuline anti-Rh durante la sua gravidanza e con esso avevano ricevuto del mercurio che era passato al feto.**

Quello che è particolarmente interessante da sottolineare è che:

— L'autismo ha iniziato ad impennarsi negli USA proprio all'inizio del decennio del 1990.

— Le immunoglobuline anti-Rh usate negli USA contenevano mercurio fino alla fine del 2002-inizio del 2003 (ora il mercurio è stato eliminato).

— Studi di farmacocinetica eseguiti in epoca pre e/o post-natale con **il mercurio contenuto nei vaccini hanno sempre dimostrato che il mercurio attraversa sia la barriera placentare che la barriera ematoencefalica con il conseguente accumulo di mercurio inorganico nei tessuti del feto o del neonato e in particolare nel cervello**; inoltre, si è anche visto che l'etilmercurio (composto che si origina nell'organismo umano dopo la somministrazione del mercurio vaccinale) oltrepassa la barriera placentare molto meglio del metilmercurio; quello che è peggio, però, è che è stato dimostrato che **la somministrazione durante la gravidanza di etilmercurio induce una concentrazione molto maggiore del mercurio nei tessuti fetali rispetto a quelli materni.**

— La capacità di ritenzione e quindi di legame del mercurio ai tessuti biologici varia in base al sale di mercurio usato, perché i composti di mercurio organico

hanno una emivita di circa 14 giorni nel cervello, mentre i composti di mercurio inorganico (cioè quello contenuto nei vaccini) hanno un'emivita nel cervello estremamente maggiore e sicuramente superiore a 120 giorni (**esperimenti eseguiti somministrando in scimmie neonate lo stesso tipo e la stessa dose di mercurio contenuto nei vaccini pediatrici e aggiustando la dose in base all'età e al peso del neonato**).

— **Il danno neurologico causato dal mercurio, come vedremo meglio tra poco, è tanto maggiore quanto più è piccolo il bambino e quanto maggiore è la dose di mercurio che egli ha assunto**; infatti, uno studio condotto su 2.277 bambini con difetti alla nascita ha dimostrato che c'è una correlazione diretta ($p < 0,05$) tra l'esposizione al mercurio durante i primi 4 mesi di gravidanza e l'aumentato rischio di difetti alla nascita.

— A conferma di questi dati c'è uno studio di alcuni Autori che hanno osservato che **le madri dei bambini autistici americani hanno una considerevole maggior frequenza di essere Rh-negative rispetto le madri dei bambini normali** (46% contro 9%) e questi stessi Autori hanno anche dimostrato che **le madri dei bambini autistici hanno anche ricevuto dosi significativamente maggiori di immunoglobuline anti-Rh durante la gravidanza rispetto alle madri di bambini non autistici.**

— Tutti questi studi sono stati ripetuti e confermati anche da altri recenti studi di altri Autori.

— In casi di intossicazione pre- e/o post-natale con sali di mercurio sono stati evidenziati ritardi dello sviluppo motorio e linguistico, difficoltà di apprendimento, deficit dell'attenzione e autismo.

— La plausibilità biologica e scientifica di tutti questi riscontri e in particolare dei danni neurologici del mercurio contenuto nei vaccini trova ampie dimostrazioni in letteratura, come viene spiegato nelle pagine che seguiranno.

Scrivono in un loro articolo Faustman e Colleghi: "*... l'esposizione al mercurio altera il numero e le divisioni cellulari; ciò è ritenuta essere la causa delle reazioni avverse indotte da questo metallo sullo sviluppo neuronale. Le potenziali implicazioni di queste osservazioni sono evidenti quando valutate nel contesto di ricerche che mostrano che l'alterata proliferazione cellulare e gli effetti neuropatologici focali sono stati associati a specifici deficit neurocomportamentali* (ad esempio, *come quelli dell'autismo*).

– AUTISMO E MERCURIO: IL CONTRASTO TRA SCIENZA E POLITICA

Anche alla luce di tutti questi dati, nel 2004 l'*Environmental Working Group* (EWG) ha pubblicato un documento in cui spiega che i bambini autistici (e ovviamente an-

che quelli che si trovano in una età di pre-diagnosi ma che successivamente manifesteranno tutti i segni clinici dell'autismo) si trovano in una particolare predisposizione biologica che li rende molto suscettibili agli effetti neurotossici del mercurio e di altri composti chimici. Questa loro condizione si manifesta con un grave squilibrio nel rapporto tra glutatione ossidato e ridotto, che è il fattore più importante per la detossificazione e l'escrezione dei metalli. L'EWG conclude affermando che il mercurio può contribuire o causare l'autismo e altri disordini dello sviluppo neuronale e che questi dati fanno sorgere grandi perplessità circa tutti gli studi che hanno affermato che il mercurio contenuto nei vaccini sia innocuo.

Eppure, quello che desta proprio una grande perplessità è che, nonostante tutti questi dati, nello stesso anno e quindi sempre nel 2004, **il famoso e autorevole *Institute of Medicine*[3] americano ha concluso una sua pubblicazione affermando che non c'è relazione tra mercurio e autismo** e che non dovrebbero essere condotti altri studi per indagare questa stessa relazione.

– PERCHÈ LA COMUNITÀ *AMISH* NON È COLPITA DALL'AUTISMO?

Perché dovremmo preoccuparci di andare a cercare bambini autistici tra gli Amish?

Perché potrebbero fornire buoni indizi sulla causa dell'autismo.

Scrive Dan Olmsted che ha fatto questi studi:

"Se Kanner aveva ragione, cioè se l'autismo era una patologia nuova per lui e da allora sempre più diffusa, significa che negli anni '30 del XX° secolo deve essere successo qualcosa che ha innescato quei primi casi di autismo. Se l'autismo ha una base genetica, va allora detto che **i disordini genetici non cominciano improvvisamente e la loro diffusione non aumenta in maniera straordinaria in un breve lasso di tempo**. Ecco perché vale la pena **andare a cercare Amish autistici**: vogliamo capire se il ragionamento corrisponde alla realtà.

Gli Amish, in gran misura tagliati fuori dalla cultura americana e dal progresso scientifico per centinaia di anni, **potrebbero avere avuto un'esposizione minore ad alcuni fattori nuovi che hanno innescato l'autismo** nel resto della popolazione. Strano, ma pare che nessuno sia andato a controllare questa ipotesi prima di noi.

Il consenso unanime della scienza tradizionale è che l'autismo sia un complesso disordine di origine genetica, un disordine che esiste da millenni, più o meno con la stessa diffusione. Al momento, però, si ritiene che questa diffusione sia di **1 bambino su 166 negli USA**. Applicando questo modello alla Contea di Lanca-

[3] L'*Institute of Medicine* (IOM) è una delle Accademie Nazionali Americane; è una organizzazione americana non governativa e non profit fondata nel 1970 e appartiene all'Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti; è stata fondata per eseguire e pubblicare studi sulle scienze biomediche, sulla medicina e sulla salute; la sua '*mission*' sarebbe quella di informare la Nazione e migliorare la salute pubblica ("*Advising the Nation; Improving Health*").

ster, qui **dovrebbero esserci 130 Amish (uomini, donne e bambini) affetti da un disordine dello spettro autistico.**

Vediamo se è così.

Naturalmente, il mondo Amish è per natura insulare. Molti Amish, particolarmente quelli del Vecchio Ordine, guidano carretti trainati da cavalli, evitano l'elettricità, non frequentano scuole pubbliche, non posano per fotografie e non chiacchierano del più e del meno con gli *'Inglesi'*, termine con il quale loro, con diffidenza, chiamano chi non è Amish. Tuttavia, alcuni Amish al giorno d'oggi hanno a che fare con il mondo esterno in molti modi. Alcuni guidano, usano il telefono, vanno dal medico, e a Natale mandano biglietti di auguri con le foto di famiglia.

Fino ad ora, grazie a fonti all'interno e all'esterno della comunità Amish, **ho identificato tre abitanti Amish** della Contea di Lancaster (nel Dutch Country, in Pennsylvania, USA) **apparentemente affetti da autismo classico: tutti e tre sono bambini**.

Julia è una di loro. Ho incontrato sua madre, Stacey-jean Inion, una donna Amish-Mennonita. Ecco cosa mi disse, testualmente:

«*Sfortunatamente, alla nostra bambina Julia è stato diagnosticato un autismo molto, molto grave. Ella* ***è stata adottata in Cina, quindi ha ricevuto tutti i suoi vaccini in Cina prima di venire qui e poi ha ricevuto la maggior parte delle sue immunizzazioni negli USA prima che la prendessimo con noi***».

Mi sorprese che Julia Inion, la prima persona Amish autistica che io avessi trovato, risultasse essere adottata da un altro Paese **e che la madre inveisse spontaneamente contro i vaccini**, perché **gli Amish hanno un'esenzione dalle vaccinazioni per motivi religiosi e quindi non dovrebbero preoccuparsi dei vaccini**.

La signora Stacey-Jean mi disse che, **in effetti, al giorno d'oggi una piccola parte delle famiglie Amish fa vaccinare i propri figli, in parte su pressione delle Autorità del Servizio Sanitario pubblico**.

«*Quasi tutte le famiglie Amish che conosco si sono trovate sulla porta di casa qualcuno del Servizio Sanitario che ha provato a convincerle a far vaccinare i loro bambini – continuò la signora –* ***sempre più spesso i bambini Amish vengono vaccinati. Per ora solo una minoranza*** *dei bambini viene vaccinata, ma le cose stanno cambiando. Conosco altri due Amish autistici. Uno è un bambino, ma non sono sicura se è stato vaccinato oppure no.* ***L'altra è una bambina e siamo certissimi che si sia trattato di una reazione ad un vaccino****, anche se il Governo non è d'accordo.* ***Ella è stata vaccinata e prima del vaccino camminava, stava bene, era una bambina felice e intelligente e 24 ore dopo aver ricevuto la vaccinazione, le sue gambe si afflosciarono e cominciò a strillare****. Chiamarono il medico che disse che era tutto a posto e che gli strilli sono normali dopo un vaccino.* ***Ella smise completamente di parlare; smise completamente di guardare la gente negli occhi. Se ne andò nel suo mondo****. Aveva 15 mesi circa e ora ha 8 anni*».

Ho fatto il possibile per trovare qualcuno che sappia di altri Amish autistici: Alcuni dipendenti dei Servizi Sanitari e sociali locali hanno detto che hanno avuto a che fare con persone Amish affette da incapacità, come il ritardo mentale, ma **nessuno si ricorda di aver mai incontrato un Amish autistico**.

Mi disse ancora la signora Stacey-Jean: «*È molto, molto raro trovare autistici tra la nostra gente. Proprio la settimana scorsa mio marito ha detto che finora non abbiamo mai incontrato una famiglia che viva una vita sana, che non faccia vaccinare i bambini e che abbia un figlio autistico. Non ne abbiamo incontrata nemmeno una ...* ***Ovunque vada (al di fuori della comunità Amish), trovo bambini autistici****, anche per il fatto che ho una figlia autistica, ...* ***ma nella nostra Comunità Amish semplicemente non mi succede***»....

– ALTRE CAUSE DI AUTISMO

Oltre al mercurio, il Dr. Massimo Montinari ci ricorda che esistono anche altre cause di autismo:

— autismo *da danno immunitario da vaccini* (in particolare il vaccino antimorbilloso-antiparotitico-antirosolia, ma anche il vaccino antidifterico-antitetanico-antipertossico e quello antiepatitico B);

— autismo da *intossicazione da alluminio* (comunemente causata anch'essa dalle vaccinazioni infantili);

— autismo *da malattie metaboliche* (fenilchetonuria, istidinemia, carenza di adenilsuccinato-liasi, carenza di diidropiridina-deidrogenasi, carenza del fosforibosil-pirofosfato, carenza dell'ornitina-transcarbamilasi e iperattività della 5'-nucleotidasi);

— autismo *da talidomide*;

— autismo *da amalgama dentale in madri con carenza di acido lipoico e che nel primo trimestre della gravidanza subiscono la trapanazione dell'amalgama*, che sappiamo liberare molto mercurio;

— autismo *da traumi psicologici*.

Tra tutte queste, al giorno d'oggi pare che le cause più comunemente accreditate della sindrome autistica siano le seguenti tre:

1. *i metalli, specie mercurio e alluminio*;
2. *i virus vivi attenuati*,
3. *i virus a DNA*.

Soffermiamoci ora sulla seconda di queste cause in modo da ritornare all'argomento di questa sezione: l'autismo da vaccino MPR, cioè da virus vivi attenuati.

16.10.6 La famosa storia del Dr. Wakefeld

A pag. 637 dell'autorevole rivista *The Lancet* del 28 febbraio 1998 è stato pubblicato uno studio del Dr. Wakefield e Colleghi del *Royal Free and University College Medical School* di Londra che ipotizzava un'associazione tra autismo e un'infezione intestinale non ben definita (probabilmente il morbo di Crohn?). Su 175.000 bambini vaccinati e studiati dal gruppo di Wakefield, 48 casi (cioè **1 ogni 3.645 dosi di vaccino) avevano iniziato a manifestare i primi disturbi autistici dopo la vaccinazione MPR**.

Vediamo comunque come cominciarono questi studi.

Sappiamo che la *colite ulcerosa* e il *morbo di Crohn* sono due patologie infiammatorie croniche ad eziologia sconosciuta. Nonostante si siano fatti molti sforzi per cercare di identificare un agente infettivo in queste patologie, non si è trovato nulla e quindi si è pensato che fossero su base genetica. Nel 1993 e 1994, alcuni ricercatori inglesi e svedesi suggerirono che **il morbo di Crohn potesse essere la conseguenza di una infezione morbillosa avuta nella prima infanzia** e tale sospetto sarebbe stato confermato dal riscontro che **3 di 4 bambini, che durante la vita intrauterina erano stati esposti all'infezione morbillosa, svilupparono il morbo di Crohn**.

Il dibattito su questo argomento si accese ancor di più quando **si scoprì che il virus del morbillo attenuato usato per la vaccinazione poteva anche causare una patologia infiammatoria intestinale cronica** (era stato trovato un rischio molto elevato in 3.000 soggetti immunizzati dal vaccino contro il basso rischio riscontrato in 11.000 non immunizzati). Infine, il *Inflammatory Bowel Disease Study Group of the Royal Free Hospital* di Londra scoprì che **il virus era realmente presente nell'intestino dei pazienti affetti da morbo di Crohn.**

L'ipotesi patogenetica degli Autori inglesi (Wakefield et al.) è che **l'autismo sia legato ad una certa forma di patologia intestinale cronica** e che questa nuova sindrome sia in qualche modo associata alla vaccinazione antimorbillosa-antiparotitica-antirosolia. **Si ritiene cioè che il vaccino causi un danno intestinale aspecifico permettendo l'assorbimento gastroenterico di peptidi normalmente non permeabili che, a loro volta, causano gravi danni dello sviluppo mentale**. Questa ipotesi è basata su molti rilievi e dati scientifici ottenuti precedentemente e ancor oggi trova molto credito, anche se alcuni Autori l'hanno leggermente modificata.

Quest'ombra di dubbio che lo studio lanciava sul vaccino MPR **scatenò la reazione violenta di molti medici responsabili dei programmi di vaccinazione** che scrissero all'editore della rivista lettere infuocate contestando addirittura la sua decisione di pubblicare lo studio di Wakefield. Ecco, di seguito, come replica alle accuse lo stesso Wakefield, sempre su *The Lancet*:

"Il nostro articolo su *The Lancet* e le reazioni che ne sono seguite evidenziano duramente la spaccatura che si può determinare tra la Clinica Medica e la Medicina

d'Igiene Pubblica. I doveri del medico hanno per oggetto i suoi pazienti, *mentre l'obbligo del ricercatore clinico è di testare le ipotesi sulle cause all'origine delle malattie che sono alla base dell'anamnesi del paziente così come è presentata dal paziente stesso o dai suoi genitori*. Chiaramente questo non è il compito della Medicina d'Igiene Pubblica. L'approccio del Ricercatore Clinico deve riflettere la prima e più importante lezione imparata da studente: '*Ascolta il paziente o il genitore del paziente; sono loro che ti daranno la risposta*'.
Quindi, noi abbiamo studiato i casi di 48 bambini con disturbi dello sviluppo, i genitori dei quali ci dissero: '*Mio figlio ha problemi intestinali che crediamo siano in relazione con il suo autismo*'. **Fino ad allora quest'affermazione era stata rifiutata dagli specialisti che non avevano nemmeno tentato di indagare o di approfondire la questione**. I genitori, invece, avevano ragione. Essi ci hanno aiutato ad identificare una nuova malattia intestinale che pare essere associata ai disturbi nello sviluppo dei loro figli.

Questa è una lezione di umiltà che, come medici, ignoriamo a nostre spese. In molti casi i genitori associarono l'inizio dei disturbi di comportamento del loro bambino alla vaccinazione MPR. Dovremmo ignorare questa indicazione perché essa minaccia il dogma dell'innocuità del vaccino MPR?

Dal momento che si predicano le virtù del vaccino MPR, i medici di Igiene Pubblica dovrebbero ben riflettere sul fatto che gli studi sulla sicurezza di questo vaccino, pubblicati prima della commercializzazione, erano limitati ad un periodo di 3 settimane. Per tre virus vivi somministrati con differenti dosaggi, condizioni, modalità ed età, paragonati ad una normale esposizione naturale a questi stessi virus, 3 settimane sembrano essere disperatamente inadeguate.

Nella critica al mio lavoro si cita la pertosse come esempio di quanto gli allarmismi possano danneggiare le strategie vaccinali applicate alla salute pubblica: è importante tenere bene in mente che **anche il vaccino contro la pertosse può essere associato a postumi neurologici**, benché il rischio causato dalla malattia sembri più elevato di quello del vaccino. Il riconoscimento di ciò portò all'approvazione del *Vaccine Damage Payments Act* nel 1979. Fino ad allora, **circa 900 bambini sono stati risarciti e all'80% di loro è stata riconosciuta l'invalidità.**

Se i Ricercatori Clinici, nell'adempimento del loro dovere, non avessero evidenziato la conclusione che il vaccino contro la pertosse fosse associato a reazioni avverse di tipo neurologico, vergognosamente questi bambini sarebbero stati messi da parte e dimenticati e non si sarebbe evidenziata la necessità di produrre un vaccino acellulare, più sicuro.

Dichiarare l'innocuità di un vaccino basandosi su dogmi e su inadeguati studi sulla sicurezza contribuisce largamente alla confusione e alla perdita di fiducia del pubblico nei riguardi dei vaccini.

I medici di Igiene Pubblica farebbero meglio a sistemare le 'magagne' di casa propria, prima di attaccare la posizione sia dei Ricercatori Clinici sia della Rivista

The Lancet per ciò che noi riteniamo essere i nostri rispettivi doveri".

Questa risposta di Wakefield, comunque, non convinse i suoi oppositori e il dibattito fra le due parti fu molto acceso e occupò parecchie pagine delle riviste specializzate. In particolare, Wakefield et al. sollevarono addirittura il problema se il vaccino MPR potesse ancora essere commercializzato o se non fosse corretto ritirarlo, perché ritenevano che, a causa delle proprietà immunosoppressive del virus del morbillo, ci possa essere **una certa interazione negativa tra i vari virus del vaccino trivalente**, da cui conseguirebbe il consiglio di somministrare almeno i vaccini singolarmente e in momenti diversi. In conseguenza della pubblicità che i media fecero di queste considerazioni, **ci fu un netto calo delle vendite della vaccinazione MPR in molte zone della Gran Bretagna**, ma si ebbero anche decise smentite e l'assicurazione che il vaccino è sicuro da parte di importanti organizzazioni inglesi: *The Medicines Control Agency* e il *Department of Health*.

Solo più tardi si venne però a sapere che **15 dei 36 membri inglesi della Commissione sulla Sicurezza dei Medicinali** (un gruppo del Dipartimento della Salute britannico che si occupava proprio dell'analisi sulla sicurezza del vaccino MPR) **avevano dichiarato di avere legami con quelle stesse Ditte Farmaceutiche chiamate in causa dalle famiglie che successivamente avevano chiesto i danni** provocati nei loro figli dal vaccino MPR.

Nell'aprile 2001, l'*Institute of Medicine's Immunization Safety Review Committee* emise un documento intitolato '*MMR vaccine and autism*' in cui concluse che "*le evidenze sono a favore del rifiuto di una ipotetica relazione causale a livello della popolazione tra il vaccino MPR e la patologia autistica*". Dato che non è stato trovato un chiaro meccanismo biologico che spieghi tale relazione tra vaccino e malattia e dato che non sono state riconosciute evidenze epidemiologiche a favore di ciò, la somministrazione del vaccino continuò ad essere raccomandata.

Per Wakefield la vicenda inglese si concluse alla fine del novembre 2001, quando si dice che decise di lasciare il suo incarico al *Royal Free and University College Medical School* di Londra. Il suo Collega disse: "*Le ricerche del Dr. Wakefeld non erano più in linea con la strategia di ricerca del Dipartimento di Medicina e quindi egli lasciò l'Università per vicendevole accordo tra le due parti*".

Inoltre, mesi prima, l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* aveva emesso un documento in cui si leggeva che il vaccino MPR è sicuro e non c'era motivo di passare dalla trivalente alla monosomministrazione dei 3 vaccini in tempi diversi. Nello stesso periodo **comparvero vari articoli che cercarono di buttare acqua sul fuoco sforzandosi di convincere** che non c'era legame tra la vaccinazione e l'autismo.

Le vendite del vaccino MPR erano salve!

Per cercare di stroncare ogni dubbio e togliere di mezzo ogni prova, i rappre-

sentanti delle ditte che producono il vaccino MPR chiesero l'intervento della Corte Suprema inglese, la *High Court* di Londra, che alla fine 'consigliò' alla Corte irlandese di farsi consegnare dal Prof. John O'Leary, patologo di Dublino e diretto collaboratore di Wakefield, i campioni di tessuto utilizzati per le ricerche virali. La motivazione era che la Corte Suprema inglese voleva far analizzare i campioni da altri laboratori per verificare se era vero che quei campioni avessero il virus morbilloso di origine vaccinica. I campioni furono consegnati e **il verdetto delle analisi successive fu ovviamente che non si trovarono tracce di virus e a nulla valse la protesta del Prof. O'Leary che sostenne che i campioni furono analizzati con metodiche e strumenti diversi e inadeguati alla ricerca.**

In realtà, *alla veridicità di quelle analisi fatte fare dalla Corte Suprema inglese credettero solo coloro che volevano a tutti i costi quel verdetto*, perché i virus del vaccino del morbillo possono realmente ledere irreversibilmente il cervello e causare vari danni tra cui le encefaliti asettiche, la morte (come è accaduto pure ad un bambino di Padova) e l'autismo. Le dimostrazioni scientifiche sono numerose, ma basti come esempio uno studio eseguito in **bambini con autismo regressivo nei quali fu riscontrato nel liquido cerebrospinale il virus morbilloso del vaccino che avevano ricevuto prima della comparsa dei sintomi autistici**, mentre nulla fu trovato in bambini non autistici.

Per chiarire definitivamente il problema, però, dovremmo effettuare molte altre endoscopie e colonscopie, come pure delle biopsie della parete intestinale allo scopo di dimostrare la presenza del virus del morbillo. Durante un'audizione presso la *Commissione Governativa per le Riforme inglese* (10 dicembre 2002) è stato reso noto che il Dr. Arthur **Krigsman aveva condotto ben 250 colonscopie in altrettanti bambini affetti da autismo trovando aspetti patologici e istologici simili a quelli descritti dal Dr. Andrew Wakefield**. "Sfortunatamente", **l'Istituto governativo inglese in cui quest'ultimo ricercatore lavorava non gli ha permesso di continuare le ricerche.**

La storia di Wakefield però non finì così, perché **nel 2002 egli fu chiamato a lavorare negli USA**, all'*International Child Development Resource Center* (ICDRC) della Florida **per continuare i suoi studi sul legame tra autismo e vaccino MPR** e da lì continuò a replicare ai sempre nuovi e futuri attacchi che continuò a ricevere perché non aveva cessato di scrivere che il vaccino MPR poteva causare l'autismo. Che le suddette analisi commissionate dalla Corte Suprema inglese siano state inadeguate non dovrebbe essere difficile crederlo, dato che anche altri Autori dimostrarono successivamente la presenza in bambini autistici di elevati livelli di anticorpi antimorbillo.

16.10.7 – Il Governo inglese sembra vincere solo la prima battaglia

Oltre a queste segnalazioni sull'autismo, ce n'era stata un'altra due anni prima che aveva suggerito lo stesso legame patogenetico con la vaccinazione antimorbillosa o con il vaccino trivalente MPR e altre, che vennero pubblicate negli anni seguenti, ribadirono il concetto che gli studi sulla sicurezza del vaccino MPR, eseguiti sia prima che dopo la sua immissione in commercio, "sono largamente inadeguati" e comunque lasciano indubbiamente intendere che non si possono trascurare le gravi reazioni avverse a questo vaccino.

A questo effetto pro-autistico indotto dal vaccino MPR, altri ricercatori dicono poi che **deve essere aggiunto anche l'effetto fortemente favorente causato dagli alti livelli di mercurio, piombo, alluminio e antimonio che sono stati trovati nei bambini autistici rispetto i normali**. Queste sostanze tossiche indeboliscono il sistema immunitario dei bambini che pertanto reagisce in modo negativo anche al vaccino MPR. Inoltre, lo stesso Autore di quest'ultimo studio sostenne che **l'autismo non è una malattia genetica**, **come era sempre stato sostenuto, ma una malattia con cause fisiche probabilmente curabili.**

Tutto questo, però, non sembra aver disturbato più di tanto le Autorità sanitarie con potere legiferante sui problemi delle vaccinazioni in genere e del vaccino MPR in particolare, anche se ci sono numerosi studi che portano delle dimostrazioni biologicamente plausibili del legame tra vaccino MPR e autismo.

Inoltre, il Governo britannico, che è ovviamente a favore di questa vaccinazione, in quegli anni aveva sbandierato a tutti uno studio danese del 2002 di Madsen et al. che concludeva che non esisteva alcuna associazione tra vaccino MPR e autismo. Quello studio era diventato **la bandiera dietro la quale era stata condotta la feroce battaglia ad Andrew Wakefield.**

16.10.8 – La schiacciante prova dello studio danese del 2004

Anche grazie a questa pubblicazione danese del 2002, tutto sembrò quietarsi fino alla primavera 2004, quando venne pubblicato un altro studio danese che però questa volta provava indiscutibilmente la relazione tra vaccinazione MPR e autismo. È uno studio molto dettagliato e curato che contiene solide considerazioni sul legame tra vaccino antimorbilloso-antiparotitico-antirosolia e autismo. **I due Autori, Goldman e Yazbak, smontano pezzo per pezzo lo studio danese di Madsen et al. pubblicato nel 2002** che pareva voler mettere una pietra sopra la questione. Questo nuovo studio **dimostra errori statistici e di metodo che invalidavano l'intero lavoro di Madsen** e porta dati schiaccianti:

— La prevalenza dell'autismo, suddivisa per adeguati gruppi di età nel periodo che va dal 1980 al 2002, fu studiata usando i dati del registro computerizzato nazio-

nale della Danimarca (*Danish Psychiatric Central Register*) in modo da poter confrontare il periodo prima e dopo **l'introduzione (1987) della vaccinazione MPR** in questo Paese. Nel 1993-94 ci fu un cambiamento nella raccolta dei dati danesi, perché si passò dalla computerizzazione dei soli pazienti ricoverati in strutture ospedaliere a quella che comprendeva anche i pazienti seguiti ambulatorialmente.

— In questo studio non è stato possibile (per mancanza di dati) separare i bambini vaccinati da quelli non vaccinati con il vaccino MPR, però il confronto è stato fatto tra il periodo precedente alle vaccinazioni di massa (1980-86) e quello degli anni successivi in cui la quasi totalità dei bambini danesi ricevette il vaccino.

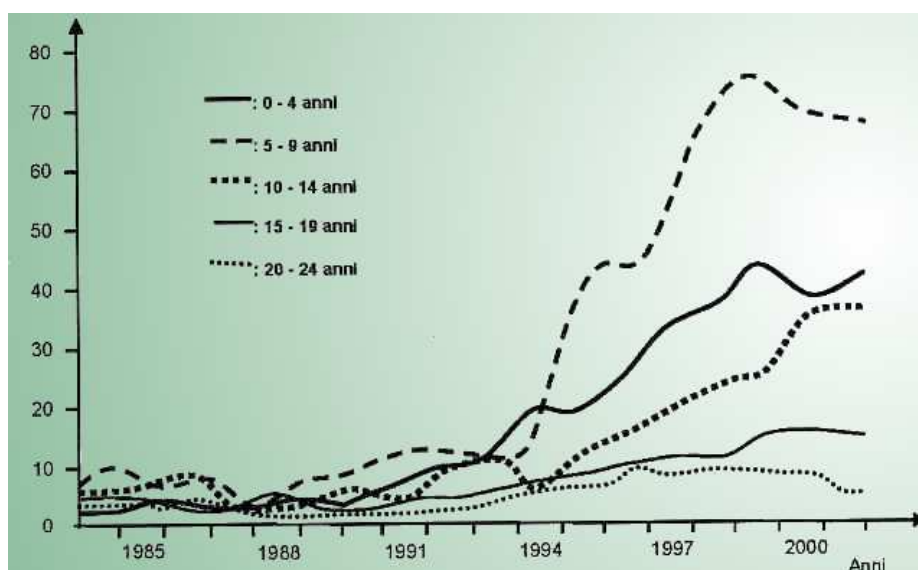
— La raccolta e l'elaborazione statistica dei dati è il punto forte di questo studio e annulla completamente i dati dello studio precedente di Madsen et al. che negava l'associazione tra vaccino MPR e autismo e che aveva studiato i bambini nati dal 1991 al 1998 e che avevano un'età media di 4 anni, mentre **si sa che l'autismo viene più facilmente diagnosticato in genere dopo i 5 anni di età**, quindi tutti i bambini nati dal 1994 in poi (e cioè più di metà dei bambini dello studio) non avrebbero avuto molto modo di sviluppare questa patologia. Oltre a questi gravi errori metodologici, secondo gli Autori erano stati usati dei test statistici che mascheravano l'associazione vaccino-autismo, così come era accaduto ad altri studi precedenti che avevano un'insufficiente 'follow-up', erano stati basati su dati di farmacovigilanza passiva, avevano una non adeguata analisi statistica e in alcuni casi dimostravano conflitti di interesse su questo argomento (addirittura 11 riferimenti bibliografici del nuovo studio parlavano di questo problema).

— Si sottolinea che, quando ai medici e ai genitori si dice che i vaccini sono totalmente sicuri, essi diventano i meno adatti per riconoscere gli effetti indesiderati dei vaccini, perché li sottovalutano o comunque non fanno il necessario collegamento.

— I risultati espressi dalla figura sottostante esprimono chiaramente che dopo l'inizio della vaccinazione MPR c'è stato un netto incremento della prevalenza, specialmente per la fascia di età di 5-9 anni; lo scarso incremento nelle fasce di età oltre i 9 anni e in particolare oltre i 20 anni riflette una minor copertura vaccinale nei primi anni di introduzione del vaccino MPR, mentre nella fascia di 0-4 anni dipende da una difficoltà nella diagnosi (patologia ancora poco esprimibile). L'aumento temporaneo (dal 1992 al 1997) dell'autismo nella fascia 20-24 anni può dipendere dal fatto che alcuni di questi ricevettero il vaccino antimorbilloso singolo da piccoli e poi da più grandi ricevettero anche quello trivalente MPR.

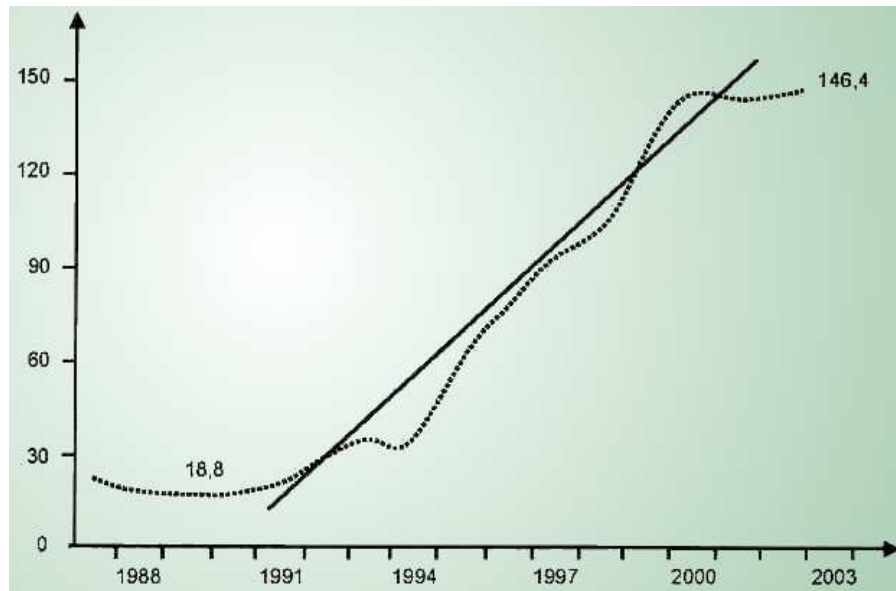
— La Fig. 23 esprime invece la prevalenza cumulativa dell'autismo nell'età 0-15 anni. Nell'anno 2000 la curva arriva ad un plateau corrispondente al fatto che in

quegli anni era stata raggiunta una copertura vaccinale del 95-98% dei bambini danesi sotto i 15 anni: si passa da 18,8 casi di autismo ogni 100.000 abitanti nel periodo 1980-86 a **146,4 casi/100.000 abitanti nel 2002**, con un incremento netto addirittura del 677%.

Fig. 23 - **Prevalenza dell'autismo in Danimarca in base a gruppi di età e anno, dal 1984 al 2002**

Y = Numero di casi ogni 100.000 abitanti

— Questi dati, e cioè l'incremento dell'autismo del 677%, che è iniziato nel 1991, cioè circa 4 anni dopo l'inizio delle vaccinazioni di massa (1987), ed è proseguito fino al 2000 e poi il plateau avvenuto dopo il 2000, in cui si raggiunse la copertura vaccinale del 95-98%, e infine **la diagnosi di autismo ad un'età media di 4,7 anni**, impediscono di credere che questi casi di autismo siano spiegati da fattori genetici.

— Dato che le vaccinazioni iniziarono nel 1987, il brusco aumento che si ebbe già fin dai primi anni '90 lascerebbe intendere **che il vaccino funga da fattore scatenante di un equilibrio instabile** che era già presente nel bambino predisposto e che, nel momento della vaccinazione aveva già 2-4 anni e quindi iniziò a sviluppare la patologia poco tempo dopo. Infatti, *gli Autori hanno raccolto molti studi clinici in cui viene dimostrato un cambiamento caratteriale dei bambini di 18-24 mesi dopo aver ricevuto la vaccinazione: riduzione dell'interesse all'ambiente che li circonda, riduzione delle capacità di comunicare e socializzare; perdita del linguaggio e di altre abilità acquisite; aumento dell'agitazione e della disattenzione. Ci viene allora da supporre che, probabilmente,* ***ci sono molti bambini autistici che non sono ancora stati diagnosticati tali****.*

Fig. 24 - **Prevalenza dell'autismo in Danimarca in individui di età inferiore a 15 anni**

Y = Numero di casi ogni 100.000 abitanti

— Non è casuale che **un simile incremento dell'autismo (+870%) sia stato registrato anche negli USA (i casi di autismo tra gli individui di 6-21 anni passarono da 5.315 nel biennio 1991-92 a 118.602 nel biennio 2002-03)** e lo stesso è accaduto tra gli scolari di Inghilterra, Scozia e Canada.

— Oltre a ricordare che sia in Danimarca che negli USA **l'incremento dei casi di autismo è ritenuto abbondantemente sottostimato**, sia per la difficoltà della diagnosi date **le numerose diverse sfumature e gravità dei quadri clinici** in cui questa patologia si manifesta, sia perché i medici non sempre hanno la competenza sufficiente per effettuare una corretta diagnosi, gli Autori sostengono che la frequenza dell'autismo negli USA sia maggiore rispetto la Danimarca per vari motivi, tra cui l'elevato numero di vaccini somministrati e il maggior contenuto in mercurio (vedi tabella seguente).

Tab. 59 - **Prevalenza dell'autismo in Danimarca e Stati Uniti.**

	Danimarca	**USA**
Età analizzata	0-15 anni	6-21 anni
Prevalenza: n. di casi	18,8 negli anni 1980-86	12,2 negli anni 1992-93
su 100.000 abitanti	146,4 nell'anno 2002	118,6 negli anni 2002-03
Percentuale di incremento	677%	870%
Età di inizio della vaccinazione MPR	15 mesi	12 mesi
Età di inizio delle vaccinazioni pediatriche	6 mesi	2 mesi
N. di vaccini somministrati	6	12
Vaccino MPR con thimerosal	no	si
Quantità di thimerosal assunto con vari vaccini	0 (fino al 1992)	187,5 mcg

Gli Autori concludono sostenendo che, finché non si riuscirà ad individuare una vaccino-profilassi più sicura, **è consigliabile somministrare i vaccini singolarmente** e ricordano che vari ricercatori, ben coscienti del danno causato dalle associazioni di vaccini somministrati per via parenterale e in particolare dall'uso di virus vivi attenuati, e cioè autoreplicantisi nell'organismo umano, stanno già ottenendo interessanti risultati servendosi di tecniche alternative che non utilizzano virus vivi.

16.10.9 – Perché il Governo inglese non riconosce la sconfitta?

Nel 2006, un comunicato del giornale britannico *Telegraph*, ha rivelato che **il Governo inglese cerca in tutti i modi di tenere nascosta la pericolosità del vaccino MPR e in particolare la morte di 18 bambini avvenuta tra il 2001 e il 2004**. Questo articolo era in un certo senso una risposta ad una intervista di pochi giorni prima apparsa sul *DailyMail* in cui era stato intervistato l'ex capo dell'ufficio scientifico del dipartimento di salute britannico, Dr. Peter Fletcher, che aveva detto che **è già dimostrato che il vaccino MPR provoca l'autismo.**

Fletcher, dopo aver studiato "una crescente mole di evidenze" prodotte da scienziati di tutto il mondo sul fatto che il vaccino MPR causi danni cerebrali e in particolare l'autismo, confessa che "***ci sono molti personaggi autorevoli e potenti in Inghilterra che hanno legato la loro reputazione e la loro carriera alla sicurezza del vaccino MPR* e che ora cercano di proteggersi ... In ogni caso** – continua – *il rifiuto del Governo di valutare in modo appropriato il rischio derivante dal vaccino MPR è uno dei più grossi scandali della Storia della Medicina*".

16.11 Danni da vaccino antiparotitico

Il vaccino antiparotitico **è un vaccino vivo** ora non più disponibile singolo, ma solo in combinazione con i vaccini antimorbillo e antirosolia nella famosa trivalente MPR. Per questo motivo, **in caso di complicazioni post-vaccinali non è facile capire quale sia il vaccino responsabile.**

L'effetto indesiderato più frequente è rappresentato da episodi di vera e propria parotite con febbre e tumefazioni bilaterali delle parotidi che colpiscono un bambino ogni 200 vaccinati e che in genere compaiono entro pochi giorni dalla vaccinazione.

Più rare sono invece le tumefazioni dei testicoli, che in genere sono anche più tardive perché compaiono da 4 a 14 giorni dopo la vaccinazione.

Altri effetti relativamente meno frequenti sono:
– reazioni allergiche tipo rash cutanei con prurito e porpora;
– convulsioni febbrili, che in genere compaiono da 9 a 12 giorni dopo la vaccinazione e che è difficile attribuire con certezza a questo vaccino perché potrebbero essere anche reazioni al vaccino antimorbilloso;
– linfoadenomegalie;
– trombocitopenie;
– danni all'udito;
– danni della deambulazione;
– meningiti ed encefaliti (infatti, nel 1992 due vaccini antiparotite [della serie *Urabe-Am9*] furono tolti dal mercato perché avevano causato un numero di meningiti asettiche 20 volte superiore al previsto);
– **diabete mellito insulino-dipendente (I tipo)** manifestatosi da 3 a 7 mesi dopo la vaccinazione MPR (ma in genere entro i primi 30 giorni).

Analizziamo ora in modo più approfondito questi due ultimi dati, e cioè che **il vaccino antiparotitico può causare il diabete mellito di I tipo e la meningite asettica**, e inoltre anche il suo reale effetto protettivo.

16.11.1 a – Diabete mellito insulino-dipendente di I tipo

Il diabete mellito di I tipo è una complicanza poco frequente, ma non eccezionale dopo somministrazione del vaccino antiparotitico.

A tale proposito dovrebbe far riflettere che ancora **nel lontano 1899 un certo Dr. Harris sospettò che il diabete comparso dopo la parotite avesse un collegamento causale con la malattia, pubblicò i dati e bastò questa sua descrizione di un unico caso per trasformare la possibilità in certezza**. Ebbene, 100 anni dopo, in questa nostra epoca moderna di grandi conoscenze e di grandi scoperte, esattamente **nel 1988 Stickl fece notare che negli ultimi 10 anni nella Repubblica Federale Tedesca erano stati registrati 19 casi di prima manifestazione**

del diabete insulino-dipendente di I tipo in bambini e adolescenti che erano stati da poco vaccinati contro la parotite, ma nonostante ciò, ogni nuovo collegamento causale con il vaccino viene continuamente negato. È da sottolineare, infatti che, se in questo caso particolare sono stati riconosciuti 19 casi di diabete insulino-dipendente di I tipo dopo il vaccino antiparotitico, significa che questi erano casi inoppugnabili e, dato che solo pochissimi riescono ad essere riconosciuti, significa che **ci sono tantissimi altri casi di diabete ugualmente causati da questo o da altri vaccini**.

Questa correlazione con il diabete infantile venne però etichettata come inesistente e fu attribuita ad una pura coincidenza, anche se da molte altre parti del mondo cominciano a giungere segnalazioni di quest'effetto post vaccino anti-parotitico.

16.11.2 b – Meningite asettica

Di particolare rilevanza sono anche i casi di meningite asettica (da vaccino antiparotitico monocomponente o da vaccino trivalente MPR) che in passato era ritenuta poco frequente, mentre ora, dopo un importante studio giapponese condotto nel triennio 1989-91 con il ceppo vaccinale antiparotite *Urabe Am9*, è stato dimostrato che **la sua incidenza varia da 1 caso ogni 405 ad uno ogni 7.000 vaccinati** in base al distretto colpito (questo tipo di meningite post-vaccinica, comunque, è di solito moderata e difficilmente lascia esiti patologici). Dopo la pubblicazione di questi risultati, sono state eseguite altre indagini epidemiologiche in Inghilterra che hanno dato i seguenti dati:

— un caso di meningite ogni 250.000 vaccinati, se si considerano solo i casi assolutamente certi e attribuibili indiscutibilmente al vaccino (dati del 1993 del *British Pediatric Surveillance Unit* [BPSU]);

— un caso di meningite ogni 4.000 vaccinati, se si considerano anche i casi fortemente sospetti (dati del 1992 del *Nottingham Public Health Laboratory*).

Per la disomogeneità di questi dati, fu allora iniziato un altro studio più approfondito e più scrupoloso che **dimostrò 1 caso di meningite asettica ogni 11.000 vaccinati** e poi furono pubblicati i dati di un nuovo studio inglese che riscontrò **1 caso ogni 21.000 vaccinati**.

La conseguenza fu che la Gran Bretagna e il Canada decisero di sospendere l'uso di quel ceppo vaccinale antiparotite (*Urabe-Am9*) e di sostituirlo con il ceppo *Jeryl-Lynn*. Nel 1992 la stessa Ditta Farmaceutica produttrice del ceppo *Urabe-Am9* decise di *sospendere* la produzione di quel vaccino.

Anche se alcuni studi ben condotti sembravano dimostrare che il ceppo vaccinale *Jeryl-Lynn* era relativamente sicuro e non causasse i danni del ceppo sospeso, nel 1993 il Giappone, dopo aver ulteriormente dimostrato **una incidenza della meningite di 1 caso ogni 500-900 bambini che erano stati trattati con il vaccino**

MPR (dati pubblicati 2 anni dopo), decise addirittura di sospendere la vaccinazione MPR.

Nuovi studi eseguiti anche con un altro ceppo vaccinale dimostrarono però che pure questi ceppi possono causare meningite asettica in proporzione variabile:
– ceppo *L-Zagreb*: 1 caso ogni 1.000-1.100 vaccinati, – ceppo *Jeryl-Lynn*: 1 caso ogni 5.800 vaccinati.

Va comunque considerato sia che questi dati possono variare a seconda delle caratteristiche della popolazione vaccinata o delle modalità in cui viene eseguito lo studio, sia che l'incidenza della meningite durante una parotite epidemica spontanea in bambini di 1-4 anni è di 1 caso ogni 6.150.

In conclusione, allo stato attuale viene consigliato di prima scelta e viene usato il vaccino preparato con il ceppo *Jeryl-Lynn*, ben sapendo però che **sia la vaccinazione che la malattia naturale possono causare la meningite asettica con una frequenza del tutto sovrapponibile**.

Oltre a questi pericoli insiti in questa vaccinazione, c'è un altro dato che non va scordato e cioè che **questo vaccino non pare essere molto efficace**.

16.11.3 e – Scarso effetto protettivo della vaccinazione antiparotitica

Che la vaccinazione antiparotitica protegga molto parzialmente dalla malattia per cui viene usata è un dato emerso da una ricerca del Dr. L. Ruetzler pubblicata nel 1994 sulla rivista *Paediatrica*. Questo ricercatore raccolse i dati delle vaccinazioni eseguite nella città di Altstaetten (Germania) dove, su 446 persone vaccinate, il 26% si ammalò di parotite e **8 persone (che erano state vaccinate due volte) si ammalarono tutte e 8**, dimostrando ancora una volta ciò che accade anche per le altre vaccinazioni e cioè che: **maggiore è il numero di inoculazioni dello stesso vaccino, maggiore è il rischio di avere complicazioni o di avere la malattia da cui si cercava di proteggere l'individuo**.

Sempre da questa medesima ricerca emerse anche che delle 36 persone non vaccinate il 33% si ammalò di parotite. Quando poi si analizzarono le complicazioni, si vide che dei 7 casi registrati (che presentarono 3 orchiti, 2 pancreatiti e 2 meningiti), 6 casi riguardarono i soggetti vaccinati e un solo caso riguardò un ragazzo non vaccinato, che però guarì dopo 3 giorni di ricovero.

Da questo studio si può dedurre che **la percentuale dei casi di malattia nelle persone vaccinate (26%) è quasi uguale a quella delle persone non vaccinate (33%)** e ciò significa che questo vaccino è tutt'altro che efficace.

Inoltre, quando accade che le persone vaccinate due volte si ammalano tutte, e quindi con una percentuale di malattia ben superiore a quella delle persone vaccinate una volta sola, significa che **la ripetizione della vaccinazione (cosa che in Italia**

viene proposta routinariamente) possa comportare un aumento dell'incidenza della malattia nella popolazione.

Tab. 60 – **Epidemia di parotite nella città di Altstaetten negli anni 1992-93**.

	N. di persone coinvolte	Casi di parotite	Complicazioni
Vaccinati:	446:		
– *una sola volta*	438	26%	6 casi importanti
– *due volte*	8	100%	
Non vaccinati	36	33%	un caso lieve

A conferma di questi dati ci sono anche le conclusioni di uno studio svizzero che nel 1995 concluse che, dopo 7 anni di vaccinazione di massa contro la parotite (attuata unitamente ai vaccini antimorbillo e antirosolia), **l'obiettivo della campagna vaccinale è stato sconfessato dall'esperienza pratica**, perché questa vaccinazione non necessaria ha dimostrato **non solo di non essere efficace ma anche "di essere associata ad una percentuale inaspettatamente elevata di complicazioni**".

Qualche anno dopo sono giunti anche i dati di uno studio svoltosi a Singapore che ha visto un aumento graduale ma netto dell'incidenza della malattia che era passata da 674 casi nel 1997 **a 2.586 casi nel 1999, nonostante il 75% di questi soggetti avessero ricevuto il vaccino MPR.**

La tabella sottostante riassume questi e altri dati da cui emerge che anche in altri Paesi ampiamente vaccinati non sono mancate epidemie di parotite:

Tab. 61 – **Epidemie localizzate di parotite in alcuni Paesi del mondo.**

Anno	Paese	% di copertura vaccinale	Casi di parotite
1991-95	Svizzera	?	l'80% dei malati era stato vaccinato
1992-93	Germania	92,5%	la parotite è comparsa nel 27% dei vaccinati
1995	Stati Uniti	oltre 95%	la parotite è stata più frequente nei vaccinati
1999	Singapore	?	il 75% dei malati era stato vaccinato
2004	Belgio	?	la parotite è comparsa in quasi tutti i bambini vaccinati

Dalla Svezia giungono invece dati più recenti che affermano che **più si vaccinano i bambini, più si registrano casi di parotite, moltissimi dei quali interessano gli adulti, specialmente se erano stati vaccinati in passato**. Infatti, si sa che **la**

vaccinazione ha una durata limitata nel tempo, mentre la malattia naturale fornisce una immunità permanente.

Questo studio svedese fornisce elementi chiaramente a sfavore della vaccinazione che apparirebbe scientificamente assurda, specie se si considera che **la parotite è una malattia pediatrica lieve e che in genere è scarsamente sintomatica nel bambino, mentre è molto più pericolosa negli adulti**.

Quindi, a parte **fare gli interessi dell'Industria Farmaceutica**, quale senso ha vaccinare i bambini con questo vaccino quando sappiamo che è pericoloso quanto la malattia naturale, che ha una scarsa efficacia e che sposta la malattia verso l'età adulta dove è ancora più pericolosa?

16.12 Danni da vaccino antirosolia

Anche il vaccino antirosolia è un vaccino vivo ora non più disponibile singolo, ma solo in combinazione con i vaccini antimorbilloso e antiparotitico nella famosa trivalente MPR.

Uno dei danni più frequenti del vaccino antirosolia è l'*artrite*, che è particolarmente intensa e frequente con l'aumentare dell'età dei vaccinati e in alcuni casi può protrarsi per molti anni. Se ai casi di artrite aggiungiamo quelli di *artralgia aspecifica*, *artrosi* e di *qualsiasi altra patologia articolare*, secondo i dati emersi da uno studio pubblicato dal VAERS (rilievi eseguiti nel periodo 1991-1998) l'incidenza è sull'ordine di un caso ogni 7-8000 vaccinati.

Invece, secondo uno studio più vecchio pubblicato nel 1996, l'artrite e le artralgie (in genere di durata transitoria) sono effetti indesiderati età-dipendenti del vaccino antirosolia che **si manifestano con una frequenza molto più comune: addirittura nel 15-40% degli adulti (più frequenti nelle donne) e nel 20-30% dei bambini e inizierebbero in genere da 1 a 6 settimane dopo la vaccinazione**. Gli stessi Autori hanno evidenziato anche che il vaccino, oltre alle flogosi osteoarticolari e ad una polinevrite, può indurre nel ricevente **una fibromialgia del tutto simile alla sindrome da affaticamento cronico** (malattia attribuita al virus di *Epstein-Barr* e illustrata per la prima volta negli USA nel 1982).

Anche altri Autori hanno attribuito alla vaccinazione antirosolia con il ceppo *RA-27/3* (quello normalmente usato in tutto il mondo e anche da noi) il demerito di giocare un ruolo nell'eziologia della ***sindrome da affaticamento cronico***. Infatti, hanno trovato che in questi pazienti ci sono tassi sierici elevati di anticorpi IgG contro molti comuni virus, ma solo le IgG antirosolia sono positivamente correlate con l'intensità dei sintomi e raggiungono tassi plasmatici quantitativamente più alti dei controlli.

Nella rivista *Le Scienze* (edizione italiana del marzo 1977) si legge: "*Nel 1970 è stato comunicato che non meno del 26% dei bambini che erano stati sottoposti*

alla vaccinazione contro la rosolia, nell'ambito delle campagne sanitarie nazionali, si è ammalato di artralgia e artrite". Molti di loro hanno avuto bisogno di cure mediche e alcuni sono stati ricoverati in ospedale per accertamenti in relazione a febbri reumatiche e forme di artrite reumatoide.

Nello Stato americano del New Jersey, una rilevazione su larga scala ha provato che il 17% di tutti i bambini vaccinati contro la rosolia aveva contratto artralgia o artrite.

La rivista medica *New England Journal of Medicine* ha riportato una relazione su una ricerca dedicata "all'infezione persistente da virus della rosolia, associata all'artrite cronica nei bambini". È una conferma che "tanto l'infezione da rosolia quanto l'immunizzazione vaccinica con virus da rosolia causerebbero sinovite acuta, la quale di regola ha un decorso limitato, mentre in alcuni casi persiste per mesi o anni, almeno in certe persone". Viene riferito anche che **molti mesi dopo la vaccinazione è possibile isolare il virus prelevandolo da articolazioni malate di bambini che sono stati vaccinati contro la rosolia**. Sempre la medesima relazione dà notizia che **si è potuto isolare il virus della rosolia nel sangue periferico di donne che soffrivano di artrite cronica a seguito della vaccinazione**. Il virus fu trovato fino a otto anni dopo la vaccinazione e anche nonostante nell'organismo ci fosse stata una normale risposta immunitaria con aumento del titolo anticorpale specifico (non dimentichiamo infatti che quello che iniettiamo con il vaccino è un virus vivo attenuato).

Altri danni che sono stati attribuiti a questo vaccino sono:
– convulsioni;
– mieliti e mieloradicoliti;
– encefaliti;
– meningomieliti;
– neuropatie periferiche;
– parestesie facciali;
– sindrome del *tunnel carpale* e parestesie multiple;
– vasculiti retiniche;
– neurite ottica bilaterale;
– porpora trombocitopenica.

Nonostante ciò, comunque, nel 1991 l'*Institute of Medicine della National Academy of Sciences* di Washington pubblicò un articolo in cui si affermava che non c'erano prove scientifiche sufficienti che indicassero con certezza la presenza o meno di una relazione causale tra il vaccino antirosolia RA-27/3 e le radicolonevriti o altre neuropatie o la porpora trombocitopenica.

Però, uno studio successivo eseguito in doppio cieco verso placebo su 546 donne sane che avevano appena partorito e che erano negative al test per la rosolia, ha evidenziato i seguenti effetti indesiderati di questo vaccino (vedi tabella seguente):

Tab. 62 – **Percentuale di reazioni indesiderate acute e persistenti (dopo 12 mesi di osservazione) in seguito alla somministrazione del vaccino antirosolia.**

Effetto indesiderato	**Frequenza dell'effetto**
Faringiti	34%
Artralgie o artriti	30%
Rash cutanei	25%
Mialgie	21%
Linfoadenopatie cervicali	19%
Parestesie	7%

Oltre a questi effetti, ci sono comunque anche **segnalazioni isolate di diabete mellito e anche di danni neurologici demielinizzanti** all'origine dei quali gli Autori dello studio pensano ci sia una reazione immunitaria indotta dal virus del vaccino antirosolia che attivi una reazione di autoaggressione responsabile della demielinizzazione.

16.13 Danni da vaccino antiemofilo B

Alcuni ricercatori hanno riscontrato che, dopo una vaccinazione di massa contro il batterio *Haemophilus influenzae tipo B* (HiB) in bambini del Regno Unito e dell'Olanda, dapprima la malattia è regredita, ma qualche anno dopo, malgrado coperture vaccinali pressoché totali, i casi hanno ricominciato ad aumentare. Si legge nello studio: "*Il Regno Unito e l'Olanda furono i primi Paesi a introdurre il vaccino coniugato contro l'HiB nel 1992. Nel 1991 si ebbero 907 casi di infezione invasiva nel Regno Unito, diminuiti a 38 nel 1998 e poi aumentati fino a 144 casi nel 2001 e a 266 nel 2002*".

Va comunque sottolineato che, almeno fino al 2002 i casi di infezione invasiva da *Emofilo* erano nettamente inferiori a quelli precedenti la vaccinazione, ma non sappiamo se la curva, che nel 2002 era in netta crescita, ha continuato a crescere negli anni successivi. In ogni caso, va sottolineato con altrettanta chiarezza che **il maggior incremento dei casi si registrò in bambini correttamente vaccinati secondo lo schema in uso.**

Una medesima situazione è avvenuta anche in Canada tra il 2001 e il 2003, dove si registrarono infezioni invasive da HiB in bambini sia vaccinati che non vaccinati: su 58 casi di infezione invasiva, solo 7 non erano vaccinati, 13 erano vaccinati in maniera incompleta e 38 erano stati completamente vaccinati. **In rari casi queste infezioni da *Emofilo* possono portare a morte anche soggetti correttamente vaccinati** e con adeguati anticorpi antiemofilo.

Uno studio inglese dell'agosto 2004 ipotizza che il ripresentarsi di infezioni

invasive malgrado generalizzate coperture vaccinali possa essere addebitato al fatto che gli anticorpi indotti dalla vaccinazione si riducono o scompaiono nei bambini entro i primi 4-5 anni di vita.

Addirittura **un bambino di 10 mesi che presentava adeguati anticorpi HiB e che era stato completamente vaccinato, nel luglio 2004 è morto a causa di una sepsi dovuta a *Haemophilus influenzae* di tipo B**.

Sono poi stati segnalati casi di sindrome di Guillain-Barrè, anemia immunoemolitica e casi di meningiti comparse immediatamente dopo la somministrazione del vaccino e da questo causate, secondo gli stessi medici. A tale proposito si riporta un caso emblematico: un bimbo di 4 mesi ha manifestato una grave meningite causata dal vaccino e comparsa 3 ore dopo la somministrazione; i medici hanno asserito che "*il meccanismo e i dati disponibili favoriscono l'ipotesi che il vaccino sia responsabile dell'infezione*".

Altre segnalazioni di eventi avversi dopo vaccino antiemofilo riportano casi di:

— Sindrome di Guillain-Barré.

— Anemia emolitica.

— Meningite comparsa poche ore dopo la somministrazione del vaccino.

— **Diabete** mellito di I tipo; a tale proposito, il direttore dell'Istituto di Ricerche Immunoterapiche di Baltimore, dice che **l'aumentato rischio di diabete di I tipo causato da questo vaccino supera addirittura i benefici del vaccino stesso** (cioè la riduzione delle complicazioni da *Haemophilus B*), perché il **rischio** di ammalarsi di diabete a causa della vaccinazione è **maggiore** del rischio di ammalarsi di qualche complicazione dovuta alla malattia in un bambino che non si vaccina!
In particolare, secondo l'Autore, **il rischio di diabete di I tipo è di 6-5 casi ogni 100.000 vaccinati, il che significa che in Italia si avrebbero circa 350 nuovi casi/anno di bambini diabetici** che dovranno iniettarsi 3-4 volte al giorno l'insulina per tutta la loro vita! Tali dati sembrano confermati anche da studi di altri Autori.

Ma un problema ancora più grave è rappresentato da quelle che oggigiorno stanno emergendo come le conseguenze delle vaccinazioni di massa contro l'*Haemophilus di tipo B*. Nel 2001 è stato segnalato che in una popolazione ad alto tasso di vaccinazione contro l'*emofilo* di tipo B, **hanno iniziato a manifestarsi numerosi casi di infezione molto virulenta da parte dell'emofilo di tipo A**. Cosa si suppone sia accaduto? La nicchia ecologica lasciata libera dal tipo B (per l'alto tasso di vaccinazione che ne ha determinato una sorta di drastico calo nella popolazione) è stata occupata dal tipo A (normalmente poco aggressivo) il quale ha acquisito (spontaneamente o mediante 'shift' genico) le stesse caratteristiche del B, cioè **ha aumentato la sua patogenicità.**

È questo il grande pericolo che temiamo possa accadere in futuro **con questa ma anche con tutte le altre vaccinazioni di massa.**

16.14 Danni da vaccino antipneumococcico

Le reazioni avverse che vengono riportate sulla scheda tecnica del vaccino in commercio si possono così sintetizzarè:

— *Molto comuni* (più del 10%): arrossamento, gonfiore e dolore nella sede di inoculo; febbre oltre i 38°C, irritabilità, sonnolenza, sonno agitato.

— *Meno comuni* (meno del 10%): febbre oltre i 39°C.

— *Non comuni* (meno dell' 1 %): rash cutanei, orticaria.

— *Rari* (meno dello 0,1%): convulsioni, episodi di ipotonia-iporesponsività.

Resta da vedere cosa produrrà la letteratura scientifica nei prossimi anni, allorquando cioè sarà possibile avere maggiori dati sulla somministrazione del vaccino su larga scala.

Per ora, comunque, gli studi eseguiti **nell'anziano** indicano **una percentuale di effetti indesiderati globali (locali e sistemici) che si aggira sul 28%** nei soggetti anziani broncopneumopatici che sono stati vaccinati. **Questa percentuale passa al 36-38% quando il vaccino antipneumococcico viene somministrato insieme a quello antinfluenzale (o con un intervallo di soli 30 giorni tra i due)** in soggetti con broncopneumopatia cronico-ostruttiva. Nonostante ciò, l'associazione della vaccinazione antipneumococcica con quella antinfluenzale è stata però consigliata addirittura nei bambini e anche nei bambini diabetici.

Studi successivi hanno inoltre dimostrato che la *rivaccinazione* con il vecchio vaccino antipneumococcico polisaccaridico induce un significativo aumento delle reazioni indesiderate locali nel sito dell'iniezione (dal 3% all'11% in più) e reazioni sistemiche come conseguenza di reazioni antigene-anticorpo a causa degli anticorpi indotti dalla precedente vaccinazione.

Segnalo però che, a parte le reazioni indesiderate locali e sistemiche di lieve entità ma frequenti come incidenza (in alcuni studi è stato colpito anche il 50% dei vaccinati), sono stati riscontrati casi di convulsioni e di morte improvvisa (SIDS: *Sudden Infant Death Syndrome*) con una incidenza addirittura di 2 casi ogni 10.000 vaccinati (segnalo comunque che, secondo alcuni Autori, la percentuale di casi di morte improvvisa nei neonati, considerando la popolazione globale costituita prevalentemente da polivaccinati, pare essere di circa 5 casi ogni 10.000).

Altre segnalazioni isolate riguardanti il vaccino antipneumococcico polisaccaridico polivalente hanno dimostrato che questo trattamento può causare:

– vasculiti dei piccoli vasi,
– gravi reazioni febbrili con leucocitosi,
– sindrome di Sweet,
– trombocitopenia,
– cheratoacantoma nel sito di inoculazione
– **diabete mellito di 1° tip**o che, secondo gli studi del Dr. Classen, sembra essere **un grave effetto di questo vaccino.**

Inoltre, uno studio sperimentale randomizzato controllato in doppio cieco verso placebo condotto in 1.392 adulti dell'Uganda affetti da HIV-1 e immunizzati con il vaccino antipneumococcico polisaccaridico polivalente ha dato risultati negativi, perché si è visto che il vaccino distrugge la risposta polisaccaridica dei cloni dei linfociti B riducendo la risposta anticorpale e ciò, ovviamente, ne controindica l'uso in soggetti HIV-1 positivi.

Secondo uno studio di farmacovigilanza passiva, gli **effetti indesiderati rilevati** dal VAERS (*Vaccine Adverse Event Reporting System*) durante i primi tre anni (2000-2002) di utilizzo di massa del vaccino antipneumococcico coniugato eptavalente (quello in uso anche in Italia) sono stati 4.154 tra bambini e adolescenti sotto i 18 anni: **1 caso ogni 7.575 dosi somministrate**. Più specificatamente, sulle 4.154 segnalazioni di danni, gli Autori dello studio hanno riscontrato:
– patologie neurologiche (38% degli effetti indesiderati riportati: un terzo di questi erano *convulsioni*);
– patologie immunomediate (31,3%: anafilassi, trombocitopenie, ecc.);
– un ampio numero di reazioni allergiche, pianto anomalo e prolungato, agitazione, dispnea, dolori addominali, ecc.;
– infezioni invasive da Pneumococco (0,8%), in genere verso un sierotipo di Pneumococco contro il quale il vaccino ricevuto in teoria avrebbe dovuto proteggere (dato confermato anche dal *Bollettino Australiano degli Eventi Avversi ai Farmaci*);
– mortalità (2,8%: 117 casi dei 4.154 effetti indesiderati segnalati).

Oltre a questi, che sono essenzialmente reazioni avverse riscontrate in bambini, non mancano anche le segnalazioni di danni in adulti, come:
– eruzioni cutanee localizzate con linfoadenopatia regionale e successiva manifestazione, circa 4 mesi dopo, di edema a viso e gambe, disturbi visivi, epatosplenomegalia con linfoadenopatia paraaortica e uveite; – vasculite leucocitoclastica.

In questi ultimi anni, con l'introduzione generalizzata della vaccinazione di massa dei bambini con il vaccino antipneumococcico coniugato eptavalente, è andato affermandosi con sempre maggiore gravità ed estensione anche il problema della modificazione dei ceppi batterici che causano la meningite. Infatti, si sta sempre più assistendo a 2 realtà che con il tempo, secondo alcuni ricercatori israeliani, potrebbero diventare anche veramente gravi:
– il cambiamento dei batteri in genere imputati;

– il cambiamento dei sierotipi di Pneumococco con spostamento verso i tipi non contenuti nel vaccino, che quindi si moltiplicano prendendo il sopravvento e acquisendo una forte resistenza agli antibiotici, soprattutto alle penicilline, con inevitabili conseguenze problematiche sulla possibilità e sulla efficacia di una cura risolutiva. Gli Autori concludono dicendo che "*i sierotipi di pneumococco resistenti agli antibiotici derivano dalla trasformazione capsulare dei sierotipi contenuti nel vaccino*".

Lo studio israeliano, in realtà, non fa altro che confermare una ipotesi già annunciata nel 2000 dal *National Vaccine Information Center* americano (NVIC), l'agenzia di informazione critica sui vaccini che conta negli USA, tra le proprie fila, validissimi medici ed esperti. Barbara Loe Fisher, presidente del NVIC, ha infatti ricordato per l'occasione che quattro anni prima, alla seconda conferenza pubblica internazionale sulle vaccinazioni, la Dr.ssa Erdem Cantekin aveva già predetto quanto poi è stato dimostrato e cioè che "l'utilizzo massiccio del nuovo vaccino coniugato avrebbe creato una situazione per cui i 7 sierotipi del vaccino avrebbero premuto sugli altri più di 80 ceppi per diventare dominanti" e questo perché la maggior parte dei microrganismi si adatta a sopravvivere quando una vaccinazione di massa tenta di eliminarli.

Allo stato attuale, pertanto, questa vaccinazione non è consigliata perché:

— il vaccino eptavalente copre solo verso 7 dei 90 sierotipi di Pneumococco e l'efficacia protettiva nei confronti di quei 7 sierotipi è solo del 30-47%;

— la vaccinazione può causare effetti indesiderati anche gravi e pure con una frequenza non trascurabile;

— mancano studi a lungo termine che dimostrino l'efficacia di questo vaccino somministrato da solo o in combinazione con altri vaccini;

— **ogni fiala** del vaccino eptavalente contiene 0,125 mg di alluminio, che è un metallo neurotossico;

— la stessa Ditta produttrice dichiara che questo vaccino (analogamente comunque a tutti gli altri vaccini) **non è stato testato per sapere se è privo di effetti cancerogeni o mutageni o di alterazione della fertilità**;

— la Ditta produttrice dichiara che il vaccino antipneumococcico eptavalente riduce l'efficacia di altri vaccini pediatrici somministrati contemporaneamente (in particolare, i vaccini antiemoflo, antipertossico e antipolio).

Nonostante questi dati, però, la Ditta produttrice (aiutata dalle dichiarazioni dei CDC e dell'*Accademia dei Pediatri americani*) ha organizzato una campagna di promozione di questo vaccino così efficace che negli USA **le vendite nel solo anno 2000 sono state pari a 461 milioni di dollari e il vaccino si è piazzato tra i farmaci più venduti**.

16.15 Danni da vaccino antimeningococcico

Gli effetti indesiderati a lungo termine di questa vaccinazione non sono ancora completamente noti, perché gli studi clinici eseguiti dalla Ditta produttrice del vaccino ha diffuso solo le reazioni avverse "registrate il giorno della vaccinazione e nei giorni seguenti, per almeno 3 giorni e fino ad un massimo di 6". In questo modo, ovviamente, vengono registrati solo gli effetti più banali, come febbre, cefalea, stanchezza, reazioni locali ed eventualmente, ma queste ultime non sono certamente effetti banali, rarissime reazioni anafilattiche. Comunque, è bene sapere che **le reazioni avverse locali** (cioè quelle che avvengono nel punto di inoculo del vaccino), pur essendo lievi e relativamente poco importanti, **interessano il 40-60% dei soggetti**.

Sintomi molto comuni nei lattanti dopo la vaccinazione sono stati: *irritabilità, torpore, disturbi del sonno, pianto inconsolato, cefalea, inappetenza, diarrea e vomito*; la sonnolenza era comunemente riportata nei bambini più piccoli. Va sottolineato che la sonnolenza diurna, l'irritabilità, il torpore, i disturbi del sonno, il pianto inconsolato, la cefalea e l'inappetenza sono disturbi che **implicano un effetto dannoso a livello cerebrale** e quindi non vanno assolutamente trascurati.

La cefalea è molto comune nei bambini delle scuole medie e un po' meno frequente nei bambini delle scuole elementari. Reazioni avverse molto comuni nell'adulto includono nausea, mialgia e artralgia.

Tra i primi studi clinici un po' più ampi va ricordato quello neozelandese che su 130.000 bambini vaccinati ha dimostrato un'incidenza di 7 disturbi neurologici ogni 10.000 dosi. Analoghi disturbi neurologici (anche di una certa gravità, come la mielite trasversa) sono stati attribuiti al vaccino pure da uno studio norvegese.

Una incidenza invece nettamente inferiore è emersa da uno studio canadese di farmacovigilanza, però con registrazione passiva dei sintomi, effettuato dopo campagne di vaccinazione di massa che hanno interessato 1.198.751 soggetti dai 6 mesi ai 20 anni di età. In questo studio, tra gli effetti indesiderati riportati spontaneamente dalle persone, ci sono state reazioni allergiche (9,2 ogni 100.000 dosi), effetti neurologici (0,5 ogni 100.000) e reazioni anafilattiche (0,1 ogni 100.000). Come si vede, l'incidenza delle registrazioni dei disturbi neurologici in questo ultimo caso è stata quasi 150 volte meno frequente di quella riportata dal suddetto studio neozelandese, perché lo studio canadese era stato impostato sulla *registrazione passiva*[4] degli effetti indesiderati.

Le reazioni più comuni riportate dagli studi di farmacovigilanza dopo la commercializzazione del vaccino e diffusi dalla Ditta produttrice includono:

[4]La registrazione 'passiva' degli effetti indesiderati di una terapia consiste nel registrare solo gli effetti che il paziente spontaneamente riferisce, senza cioè che gli venga direttamente richiesto di farlo. Questo sistema rileva un numero nettamente inferiore di effetti indesiderati rispetto quello 'attivo' basato sulla interrogazione diretta.

– vertigini, cefalea,
– nausea, vomito e diarrea,
– febbre,
– linfadenopatie,
– reazioni anafilattiche, reazioni di ipersensibilità, tra cui broncospasmo, edema facciale e angioedema, – convulsioni, svenimenti, ipoestesie, parestesie e ipotonie muscolari,
– disturbi della vista e fenomeni di fotofobia, solitamente associati ad altri sintomi neurologici come mal di testa e vertigini,
– mialgia e artralgia,
– eruzioni cutanee, orticaria con prurito, porpora, eritema multiforme e la sindrome di Stevens-Johnson.

Inoltre, il vaccino antimeningococcico coniugato contro il *Meningococco* di sierotipo C ha aumentato nettamente le recidive di sindrome nefrosica nei 12 mesi dopo la sua somministrazione (63 recidive nei 12 mesi prima della vaccinazione contro le 96 ricadute nei 12 mesi che seguirono l'immunizzazione: incremento statisticamente nettamente significativo, specie nei primi 6 mesi dopo la vaccinazione). Secondo gli Autori, la causa del danno vaccinale risiede in un disturbo della produzione delle citochine tessutali con conseguente aumento della proteinuria.

Per quanto riguarda i cosiddetti '*case reports*', cioè i casi specifici e isolati di eventi avversi riscontrati dopo questa vaccinazione, ci sono numerose segnalazioni.

È stato segnalato un caso di encefalomielite acuta disseminata in una giovane donna di 23 anni vaccinata contro il *Meningococco* A+C (la patologia cerebrale si è sviluppata 4 settimane dopo il vaccino) e il caso di un 17enne che nel 2001, dopo il vaccino antimengococcico C, ha manifestato una porpora di Schonlein-Henoch, cioè una vasculite con eruzione cutanea su quasi tutto il corpo associata a febbre, dolori addominali, tachicardia, dolori articolari e gonfiori.

In riferimento ai casi di sindrome di Guillain-Barré dopo la vaccinazione antimeningococcica, va detto che l'FDA (*Food and Drug Administration*) e i CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) hanno ricevuto la segnalazione di 5 casi di sindrome di Guillain-Barré in giovani appena vaccinati con *Menactra*, un vaccino meningococcico coniugato contro i sierotipi A, C, Y e W135. Questi 5 casi erano soggetti di 17-18 anni di età che hanno lamentato manifestazioni di debolezza o di anomala sensazione alle braccia e alle gambe 2-4 settimane dopo la vaccinazione e tutti hanno richiesto ricovero ospedaliero.

Anche per questo vaccino, comunque, il fatto grave è l'adattamento dei batteri in seguito alle vaccinazioni di massa. Infatti, da uno studio di farmacovigilanza passiva scozzese è emerso che dopo l'introduzione estesa del vaccino contro il tipo C si è registrato un aumento di morti causati dal Meningococco di tipo B. Molto probabilmente, introdurre massicciamente un vaccino contro un sierotipo batterico induce la crescita e la maggiore aggressività di altri sierotipi contro i quali il vaccino non può proteggere. È il principio per cui i batteri e i virus, se attaccati

massicciamente su un fronte, tendono a mutare rapidamente per poter sopravvivere e contrattaccare su un altro fronte.

Una situazione analoga è avvenuta anche in Spagna dove, dopo una estesa campagna vaccinale avvenuta nel 2000 contro il Meningococco di tipo C, è stata riscontrata la presenza di un sierotipo B molto virulento che i ricercatori ipotizzavano possa essere derivato da una mutazione genetica del sierotipo C vaccinale. Inoltre, subito dopo l'inizio della vaccinazione di massa contro il sierotipo C (nel periodo che va dal 2001 al 2003), sono stati registrati 111 casi di infezione da *Meningococco* di tipo C tra i vaccinati.

16.16 Danni da vaccino antivaricella

Anche se la varicella è una patologia che **non causa complicazioni importanti** nei bambini, stanno invece giungendo le prime segnalazioni che il vaccino antivaricella è tutt'altro che esente da rischi. Infatti, dopo la somministrazione di questo vaccino sono stati riportati casi di:
– vasculite da ipersensibilità,
– porpora trombocitopenica acuta,
– estesi, intensi e prolungati rash cutanei,
– uveiti
– casi di importanti infezioni da *Herpes zoster*

Uno studio policentrico di farmacovigilanza ha evidenziato **percentuali elevate di reazioni avverse** dopo la vaccinazione:

— nel 20% dei casi si sono avute reazioni locali o generali minori (dolore e rossore nel punto di inoculazione e rash cutaneo locale o generalizzato, in genere che compare da 5 a 26 giorni dopo la vaccinazione);

— nel 10% dei casi si è manifestata una lieve varicella;

— nel 4% dei casi si sono avuti effetti indesiderati gravi (trombocitopenia, polmonite, eritema multiforme), tra cui anche sintomi neurologici (paralisi di Bell, convulsioni e sindromi demielinizzanti);

— ci sono stati anche 14 morti, per i quali, però, il ruolo del vaccino si dice che non sia stato pienamente dimostrato.

Nonostante ciò, in qualche testo specialistico di farmacologia si legge che è un vaccino *sicuro*.

In alcuni rari casi si è visto che è possibile, specialmente nelle persone vaccinate che hanno sviluppato un esantema cutaneo, che ci sia la trasmissione del virus dalla persona vaccinata ad altre che vengono a contatto con lei.

Recentemente, con sempre maggiore insistenza anche in Italia, viene proposta anche ai bambini la vaccinazione antivaricella. *Nessuno però ha finora dimostrato che i benefici della vaccinazione siano maggiori dei possibili danni.*

Prima di tutto non bisogna dimenticare che **la varicella in sé è una malattia lieve** e poiché, come sempre del resto, la vaccinazione modifica l'assetto della storia naturale della malattia, devono esserci chiari benefici per promuovere una vaccinazione di massa, altrimenti non è utile né sicuro procedere. Ebbene, sulla base dei dati scientifici disponibili si può affermare che una vaccinazione di massa contro la varicella produrrebbe gravi rischi e ben scarsi benefici ai vaccinati.

Uno studio pubblicato nel 2002 denuncia chiaramente che mancano dati certi su eventuali danni o benefici, sulla copertura vaccinale e sulla durata dell'immunità. Gli Autori affermano che il virus della varicella, una volta che si sia ricevuta la vaccinazione o si sia avuto un contatto con la malattia naturale, **può rimanere dormiente nell'organismo e riattivarsi in età adulta manifestandosi con un *Herpes zoster* nel 30% delle persone vaccinate.**

Pertanto, dato che l'*Herpes zoster* dell'adulto è meno comune della varicella e che **le complicanze del primo (intensi e continui dolori nevralgici) sono maggiori e più gravi** della seconda, perché vaccinare i bambini? Non si rischia così di aumentare l'*Herpes zoster* in età adulta dato che la protezione fornita dal vaccino è più breve della immunità naturale e vaccinando la popolazione infantile spostiamo in avanti l'età in cui si contrae la malattia?

A tale proposito, un ricercatore americano ha recentemente pubblicato vari lavori su questo argomento affermando palesemente che la presenza della varicella naturale in età pediatrica permette agli adulti di venire fisiologicamente in contatto con il virus e quindi permette di rinforzare la loro immunità naturale che tiene il virus latente, cioè dormiente.

Infatti, scrive il nostro *Istituto Superiore di Sanità*: "*L'Organizzazione Mondiale della Sanità è ben consapevole di questo problema, perché suggerisce che la vaccinazione contro la varicella in età pediatrica venga introdotta quando si può raggiungere una copertura vaccinale elevata (almeno 85-90%) e duratura. Una copertura vaccinale più bassa rischia infatti di modificare l'epidemiologia della malattia, con uno spostamento in avanti dell'età di acquisizione dell'infezione e un aumento dei casi nei bambini più grandi e negli adulti, in cui sono più frequenti le complicanze ed è maggiore la mortalità*".

Il grande rischio però è che, disponendo di un vaccino ed essendo sottoposti alla forte pressione delle Ditte Farmaceutiche, i genitori o i medici di base o anche qualche amministratore delle ASL con veramente scarsa percezione dei danni, chiedano di vaccinare i bambini e/o gli adolescenti dando lentamente il via ai pericoli suddetti. Allo stato attuale, una tale situazione è molto facile che sfugga di mano.

In ogni caso, servono ovviamente degli studi clinici controllati e longitudinali (cioè con osservazioni condotte nel tempo e in particolare per qualche decennio) per

capire meglio quale sia il vero rapporto rischio/beneficio di questo vaccino, perché gli studi attuali sono scarsi e di durata troppo breve.

16.17 Danni da vaccino antirotavirus

Va subito detto che questo vaccino è stato commercializzato per la prima volta nel 2006 e quindi i dati disponibili sono molto scarsi e pertanto sono totalmente insufficienti.

Dato che il vaccino antirotavirus era stato commercializzato per la prima volta nel 1998 e ritirato 7 mesi dopo per il riscontro di molti casi di grave invaginazione intestinale nei vaccinati, il primo effetto indesiderato che viene ricercato e temuto è proprio questo danno intestinale.

A tale proposito, va detto che la FDA (*Food and Drug Administration*) ha informato di aver ricevuto (in circa un anno di vendite) 28 segnalazioni post-marketing di invaginazione intestinale dopo somministrazione del vaccino antirotavirus pentavalente (*RotaTeq*), prodotto dalla Ditta Farmaceutica Merck & Co. Dei 28 casi segnalati, quasi la metà si è presentata nei 1-21 giorni successivi alla vaccinazione (range di 0-73 giorni); 16 di questi casi hanno richiesto l'ospedalizzazione e l'intervento chirurgico.

Secondo i dati dei CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), il numero di casi di invaginazione intestinale riportati dopo vaccinazione non eccedono il numero atteso (18-43 casi ogni 100.000 vaccinati all'anno) in una popolazione di neonati di 6-35 settimane.

Nella scheda tecnica del vaccino monovalente *Rotarix*, tra gli effetti indesiderati più comuni sono stati riportati quelli elencati nella tabella sottostante.

Altri effetti meno frequenti sono stati: *disidratazione, malassorbimento intestinale e porpora trombocitopenica*.

Uno studio clinico in fase 3 ha però dimostrato anche la comparsa di alcuni casi di *sindrome di Kawasaki*[5] in un gruppo di 36.150 bambini vaccinati con il vaccino americano pentavalente; 3 casi sono stati riportati anche dal VAERS nel periodo che va dal 3 febbraio 2006 al 15 giugno 2007.

Uno studio pubblicato nel 2006 ha però riportato 53 casi mortali (prevalentemente per polmonite) in un gruppo di 31.673 bambini vaccinati ($p = 0,20$).

[5] La *sindrome di Kawasaki* è una malattia importante dell'età pediatrica che si manifesta con esantema, enantema, febbre, linfoadenopatia e poliartrite di varia gravità.

Tab. 63 – **Frequenza degli effetti indesiderati più comuni del vaccino anti-rotavirus monovalente**.

Effetto indesiderato	Dopo la rima dose	Dopo la seconda dose
Irritabilità/pianto prolungato	52%	42%
Tosse	28%	31%
Febbre (>38°C)	25%	28%
Perdita dell'appetito	25%	21%
Vomito	13%	8%
Diarrea	4%	3%

16.18 Danni da vaccino antipapillomavirus

Fin dall'inizio del 2008, alcuni genitori di alcune Regioni italiane stanno ricevendo l'invito da parte dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica di **portare le loro figlie di 11-12 anni a vaccinarsi** contro il *Papillomavirus* (HPV).

Molti genitori accettano[6] *perché viene detto loro che questa vaccinazione è sicura ed efficace nel proteggere dal tumore del collo dell'utero.*

La realtà invece è molto diversa, ma nessuno la fa conoscere, perché le ASL, che per legge dovrebbero dare una informazione completa, corretta ed esauriente, si limitano a presentare solo una parte della medaglia dimenticando totalmente le incognite, i dubbi e le reazioni avverse di questo vaccino, tutti problemi che lasciano la Comunità scientifica sempre più perplessa e con più interrogativi che certezze.

Anzi, di certo c'è solo che **non abbiamo alcuna dimostrazione che questo vaccino sia efficace** nelle donne, perché le supposizioni della sua capacità protettiva verso il tumore del collo dell'utero è solo una estrapolazione di pochi dati desunti da pochissimi studi clinici ancora incompiuti. Inoltre, ancora più certo è che **l'efficacia sulle dodicenni non è nient'altro che l'estrapolazione dei dati ottenuti dalle donne adulte.**

Secondo i principi della Farmacologia, un farmaco come il vaccino *antiHPV* non avrebbe mai dovuto essere commercializzato, almeno fintanto che non saranno disponibili dati concreti sul suo reale rapporto rischio/beneficio e quindi non prima di altri 15 anni. Oggi però, anche i farmacologi assistono, attoniti, ad un totale sovvertimento delle regole che hanno da sempre regolamentato la commercializzazione dei farmaci e che erano state codificate per proteggere il paziente da effetti indesiderati inattesi e per limitare gli abusi.

Oggi queste regole non esistono più, perché sono state soppiantate dalle leggi economiche rappresentate dagli interessi delle grandi lobby farmaceutiche, alle

[6] consenso disinformato

quali non si oppongono né i Governi né le Società scientifiche. **Pare che nessuno abbia più il coraggio di denunciare e di ostacolare le sempre più evidenti ingerenze dell'Industria Farmaceutica nelle politiche sanitarie nazionali**.

La Medicina non è più una Missione e neppure un Servizio verso colui che soffre, ma solo un lavoro sottoposto, come tutti gli altri lavori, solo a leggi di mercato dove **l'obiettivo ultimo non è il bene dell'altro ma il conseguimento di un maggior guadagno e potere personale**.

Informazioni più precise, aggiornate ed esaustive su questo vaccino sono rintracciabili in un altro nostro lavoro, ma qui cercheremo di sintetizzarne alcune.

Il sistema VAERS (*Vaccine Adverse Event Report System*), che raccoglie le segnalazioni di effetti indesiderati durante e dopo una vaccinazione, ha raccolto fino alla fine di febbraio 2008 **più di 5.300 reazioni avverse dopo vaccinazione con il vaccino *antipapillomavirus*** tetravalente *Gardasil*, su un totale di circa 8 milioni di dosi vendute.

Secondo la Ditta produttrice, il 2-4% di tutti gli effetti indesiderati del vaccino erano effetti gravi, mentre secondo i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) questi effetti ammontavano a circa il 5%.

Finora sono stati riportati 10 casi ad esito fatale tra le ragazze/donne vaccinate, ma la Ditta produttrice rassicura dicendo che "*gli eventi riportati erano in linea con gli eventi attesi nella popolazione sana*".

La FDA (*Food and Drug Administration*) ha ricevuto anche 28 segnalazioni di aborto dopo somministrazione del vaccino *Gardasil* a 77 donne in stato di gravidanza ($28/77 = 36\%$); altre 5 donne hanno registrato danni fetali gravi a carico dei loro feti.

Tra le reazioni avverse meno gravi sono state riportate le seguenti: *cefalea, febbre, nausea, vertigini, vomito, diarrea, dolori muscolari, broncospasmo, asma, orticaria, gastroenteriti, mialgie, trombosi o patologie pelviche infiammatorie, artrite giovanile, artrite reumatoide e artriti aspecifiche, svenimento, intorpidimento prolungato agli arti, paralisi periferica, paralisi facciale, sindrome di GuillainBarré, convulsioni, encefalopatia*, ecc.

Questi effetti indesiderati del vaccino, ovviamente, non sono comparsi durante le sperimentazioni controllate eseguite dalla Ditta produttrice, perché quest'ultima *ha registrato solo gli effetti che comparivano nei 14 giorni successivi ad ogni somministrazione*: un periodo gravemente insufficiente per un trattamento che dovrebbe mantenere i suoi effetti per anni, specie per un vaccino virale antineoplastico (ricordo che **maneggiare virus oncogeni è fortemente pericoloso**, perché i virus mutano con estrema facilità e questo virus dimostra di essere molto variabile proprio per il fatto di avere più di 120 genotipi).

Infatti, un grande pericolo di questa vaccinazione, come di tutte le vaccinazioni con virus tumorali, è che se è vero che la vaccinazione riduce la frequenza di in-

fezione da parte di due tipi oncogeni di HPV, è molto probabile che ciò induca un incremento percentuale della frequenza degli altri tipi virali ora meno frequenti e meno oncogeni rispetto quelli attuali rispetto quelli vaccinali. Cioè, come già documentato con altri vaccini, **una vaccinazione massiva contro due tipi di virus HPV potrebbe indurre delle mutazioni virali che possono cambiare la virulenza patogena dei tipi oncogenici ad alto rischio che oggi conosciamo, inducendo la selezione di altri tipi virali di HPV molto più oncogeni e aggressivi degli attuali**.

Nei primi mesi del 2008, alcune Regioni italiane hanno fatto un grande e **scientificamente incomprensibile** sforzo economico per offrire a molte dodicenni questa vaccinazione gratuita. Sappiamo che la scelta di vaccinare soggetti di sesso femminile di 11-12 anni è legata alla bassa probabilità che queste ragazze abbiano avuto rapporti sessuali e che pertanto siano state infettate dall'HPV, perché si sa che **questa vaccinazione è efficace solo se la persona non è già venuta in contatto con il virus**. Ciò però non giustifica minimamente le vaccinazioni di massa, perché **l'uso esteso di un farmaco è giustificato solo se si è certi che quel trattamento sia efficace e ottimamente tollerato**, mentre in questo caso non si sa nulla né dell'efficacia antitumorale né degli effetti indesiderati del vaccino e allora si può solo concludere che **queste vaccinazioni di massa sono solamente delle sperimentazioni di massa e per di più sono a totale carico della popolazione che deve pagare il vaccino e sperimentare sulla propria pelle gli eventuali danni.**

Infatti, alcuni ricercatori, con un tono un po' ironico, sostengono che **le dodicenni che verranno vaccinate nei prossimi anni saranno le "cavie" che permetteranno alle Ditte venditrici di questo vaccino di guadagnare i soldi necessari per portare avanti ulteriori studi miranti al perfezionamento della vaccinazione**. Pertanto, **è come se queste ragazzine si sacrificassero involontariamente e gratuitamente per il progresso della Scienza!**

Ai loro genitori allora raccomando di riflettere bene prima di acconsentire a questa vaccinazione e in ogni caso di informarsi in modo indipendente, anche leggendo la monografia già citata.

16.19 Danni da vaccino antinfluenzale

Un amico pediatra, il Dr. Eugenio Serravalle, così ha scritto nel 2005 in un giornale (Sezione Regione Pisa di "*Il Sole 24 Ore*"):

"*Vaccinatevi*! è l'imperativo che rimbalza su giornali e televisioni alla fine dell'estate, puntuale come la scadenza di una rata, ricorrente come il campionato di calcio.

Chi ha dimenticato gli appelli di qualche anno fa, per non confondere l'influenza con la SARS, viene oggi assalito dal dubbio che forse è meglio

il vaccino che essere esposto al rischio dell'influenza aviaria. E a questo categorico richiamo nessun bimbo dovrebbe sfuggire: anche se le raccomandazioni ufficiali consigliano la vaccinazione solo per bambini con grave patologia di base, **si avanza l'ipotesi di vaccinare i bambini sani di età compresa tra i 6 ed i 23 mesi, con l'obiettivo di ridurre le patologie invernali, tralasciando di dire che la vaccinazione antinfluenzale può avere efficacia protettiva solo nei confronti dei ceppi virali di cui il vaccino è costituito e che la predizione di quale sarà il virus predominante nella stagione influenzale in arrivo non sempre risulta corretta.**

I bambini, specialmente se frequentano la scuola materna, si ammalano spesso e **la vaccinazione antinfluenzale non comporterà alcuna diminuzione, né di intensità né di numero, delle comuni infezioni delle vie aeree superiori possibili durante i mesi freddi, perché il vaccino contro l'influenza non ha effetto alcuno sui circa 500 virus (tra tipi e sottotipi) che sono capaci di infettare i bambini nei primi anni di vita**, per cui statisticamente non avremo alcuna modificazione alla loro tendenza ad ammalarsi.

Ricercatori della *Cochrane Vaccines Field* in collaborazione con l'Università di Oxford hanno valutato l'*efficacy* (riduzione dei casi confermati in laboratorio) e l'*effectiveness* (riduzione dei casi sintomatici) dei vaccini antinfluenzali inattivati o vivi attenuati nei bambini fino a 16 anni di età.

Sono stati analizzati 14 studi clinici controllati randomizzati, 8 studi di coorte, 1 studio caso-controllo e 1 studio controllato randomizzato di somministrazione intra-epidermica del vaccino per concludere che '***l'effiacia nei bambini piccoli è assolutamente non provata***. *Al massimo può favorire nei bambini più grandi una riduzione della lunghezza delle assenze scolastiche. I risultati sollevano dubbi sulla opportunità di effettuare un programma di vaccinazione antinfluenzale estesa dei bambini senza prove adeguate che questa funzioni o sia interamente sicura*...'.

A proposito di sicurezza, ricordiamo che oltre a reazioni locali (arrossamento, dolore, tumefazione, indurimento e prurito in sede di inoculo) sono segnalate importanti reazioni di ordine generale, quali *febbre, malessere, mialgie, orticaria, angioedema, asma allergica, anafilassi, neuropatia ottica ischemica, neurite ottica, sindrome oculo-respiratoria, poliangite microscopica, eritromelalgia*[7]*, sindrome di Guillain-Barré, paralisi del facciale*.

L'aumento del numero delle vaccinazioni praticate ai bambini è una delle cause dell'incremento delle allergie in pediatria ed esiste la possibilità che la vaccinazione scateni l'autoimmunità in individui geneticamente predisposti. Credo che sia importante **diffidare di un'informazione parziale e aggressiva e che sia utile condannare la protervia commerciale**

[7] L'*eritromelalgia* è una sindrome in cui si associano una sensazione dolorosa urente aduna o più estremità, un notevole eritema e una temperatura cutanea elevata.

che, quando diventano scomode, cerca di nascondere le verità scientifiche che tanto difende".

Queste affermazioni del Dr. Serravalle sono così chiare e ricche di significato che non credo abbiano bisogno di commenti.

I problemi più comuni legati all'uso dei vaccini antinfluenzali sono:

1. Non controllano la diffusione della malattia e quindi sono indicati solo nei soggetti ad alto rischio.

2. I ceppi virali vengono coltivati nella cavità allantoide e nell'embrione di pollo, per cui sono controindicati nei soggetti con allergia alle uova.

3. Alcuni vaccini contengono ancora mercurio che, come vedremo, è una sostanza neuro, epato, nefrotossica fortemente allergenica, specie nei bambini, con particolare riguardo a quelli molto piccoli o sottopeso o nati pretermine. Altri vaccini contengono invece degli adiuvanti chimici spesso poco sperimentati e quindi di non certa innocuità.

4. Sono ottenuti dall'inattivazione in *formalina* dei ceppi virali, ma **la formalina**, come vedremo, **è considerata una sostanza molto tossica e fortemente sospetta di essere cancerogena**. Per evitare questo pericolo e per aumentare l'immunogenicità di questi vaccini inattivati, in questi ultimi anni si stanno cercando nuove formulazioni farmaceutiche che hanno portato ad ottenere: vaccini con nuove sostanze adiuvanti, vaccini vivi attenuati e vaccini antinfluenzali somministrati con modalità diverse da quella parenterale (per es. come spray nasale). Allo stato attuale, quelli che si sono dimostrati più efficaci e discretamente più immunogeni dei vaccini inattivati sono *i vaccini con nuovi adiuvanti*. Purtroppo, questi vaccini si sono dimostrati anche molto meno tollerati dei vaccini convenzionali, causando reazioni locali indesiderate con una frequenza maggiore del 15-20%. Le sperimentazioni dei vaccini antinfluenzali somministrati come spray nasali hanno causato una discreta incidenza di faringite nella prima settimana dopo la loro somministrazione e attualmente sono stati messi da parte.

5. Uno studio sugli effetti del vaccino antinfluenzale inattivato ha evidenziato quanto segue:

   — presenza di anticorpi inibenti l'emoagglutinazione contro il virus influenzale di tipo A: 77-92%;

   — presenza di anticorpi inibenti l'emoagglutinazione contro il virus influenzale di tipo B: 49-58%;

   — *reazioni locali indesiderate*: 44% dei vaccinati dopo la prima dose; 54% dopo la seconda dose;

— **reazioni sistemiche indesiderate: 48% dei vaccinati dopo la prima dose**; 46% dopo la seconda dose.

Tutte le registrazioni degli effetti indesiderati si limitano ad una osservazione di pochi giorni (in genere 3 giorni) dopo la somministrazione del vaccino e ciò è avvalorato e giustificato dai criteri dell'OMS che vengono comunemente usati per riconoscere o meno un nesso di causalità tra una reazione avversa e una vaccinazione. Tutti questi criteri richiedono una relazione temporale ben precisa; una relazione che, ovviamente, dipende dalla patologia, ma che in genere è accettata solo se il tempo tra causa ed effetto è molto contenuto.

Però, ogni anno in Italia vengono riportati alcuni rari **casi mortali da vaccino antinfluenzale** (segnalazioni ritenute molto sottostimate e mal diagnosticate). Numerose sono invece le segnalazioni di **riacutizzazioni e/o cronicizzazioni delle patologie preesistenti nel paziente**, e anche alcune **segnalazioni di nuove e gravi patologie in stretta relazione temporale con la vaccinazione**, ma, ovviamente, queste patologie non si manifestano di solito 3-4 giorni dopo la somministrazione del vaccino e quindi non vengono riportate dagli studi eseguiti dall'Industria Farmaceutica.

Sintetizzando gli effetti dei vaccini antinfluenzali, troviamo prevalentemente:

- Effetti indesiderati *locali* comuni: arrossamento, gonfiore, dolore nel punto di inoculazione, indurimento, ecchimosi.
- Effetti indesiderati *sistemici* comuni: febbre, malessere, brividi, stanchezza, cefalea, sudorazione, mialgie, artralgie, prurito, orticaria, rash.
- Effetti indesiderati *sistemici meno* comuni:
  — trombocitopenia, vasculiti anche con interessamento renale;
  — reazioni allergiche anche fino allo shock anafilattico; — eritema multiforme essudativo;
  — nevriti, nevralgie, parestesie;
  — neurite ottica, mielite trasversa acuta;
  — convulsioni, encefalomielite;
  — sindrome di Guillain-Barré (**il rischio di ammalarsi di questa neuropatia, che comporta paralisi e disturbi cardiorespiratori, è 48 volte superiore nella popolazione vaccinata** rispetto la popolazione non vaccinata);
  — pericarditi acute;
  — arteriti a cellule giganti;
  — polimialgia reumatica;
  — sindrome nefrosica a cambiamenti minimi;
  — pemfigo;
  — rabdomiolisi;
  — reazioni da rigetto verso l'ospite, uveiti e cheratouveiti erpetiche in soggetti ai quali era stata trapiantata la cornea ecc.

Queste segnalazioni hanno in comune una patologia immunitaria (quasi sicuramente autoimmunitaria) che fa ipotizzare un'alterazione scatenata dal vac-

cino, sia in bambini che in adulti (sappiamo che la letteratura abbonda di documentazioni di reazioni allergiche infantili scatenate nell'immediato, breve o lungo termine dopo varie vaccinazioni pediatriche). Già dal 1992 era noto che il vaccino antinfluenzale inducesse un incremento sierico dei tassi delle molecole HLA di classe 1 (dato confermato negli anni successivi) e che ciò si associa a patologie post-vaccinali autoimmunitarie.

6. Secondo l'Agenzia Europea per la Valutazione dei Prodotti Medicinali (*European Medicines Agency* [EMEA]), **non è richiesta la sperimentazione preliminare dei vaccini antinfluenzali prima della loro commercializzazione**, mentre **sono consigliate, ma non obbligatorie, le dimostrazioni sperimentali di non tossicità dei composti adiuvanti** uniti al vaccino per prolungarne o potenziare la sua immunogenicità. Ricordo solo che la tollerabilità dei vaccini antinfluenzali viene valutata in studi clinici aperti e senza controllo eseguiti, come aggiornamento annuale obbligatorio, su un minimo di 50 anziani di età uguale o superiore a 65 anni. In questi casi *la tollerabilità del vaccino viene valutata nei primi 3 giorni successivi alla vaccinazione.*

   Da questi rilievi scientifici emerge chiaramente che **la vaccinazione antinfluenzale non è priva di conseguenze e che il suo danno principale** non é rappresentato dagli effetti indesiderati locali, bensì da **quelli sistemici a lungo termine**, in particolare da quelli di tipo autoimmunitario, che però richiedono un tempo medio-lungo per svilupparsi. Dato che **tali effetti** sono stati registrati finora negli adulti (perché la vaccinazione ha essenzialmente interessato gli adulti) **e in particolare hanno interessato specialmente anziani con patologie croniche**, è molto verosimile (ma siamo totalmente privi di studi scientifici in merito) che tali effetti siano particolarmente evidenti e gravi nei bambini piccoli a causa del loro sistema immunitario ancora immaturo e quindi facilmente sensibile a fattori esterni squilibranti.

*****

Alla fine di questo capitolo, sui danni da componenti biologiche dei vaccini, dopo tutto quello che è stato riportato, credo venga spontaneo porsi alcune domande:

— *I genitori erano stati avvisati che questi vaccini potevano, magari anche solo ipoteticamente, recare danni ai loro bambini*?

— *I medici dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica come commentano ciò*?

— *Che <u>interesse</u> hanno questi medici <u>a nascondere tali dati</u>*?

Capitolo 17

DANNI DA SQUILIBRIO IMMUNITARIO TRA REAZIONI DI TIPO Th1 E Th2

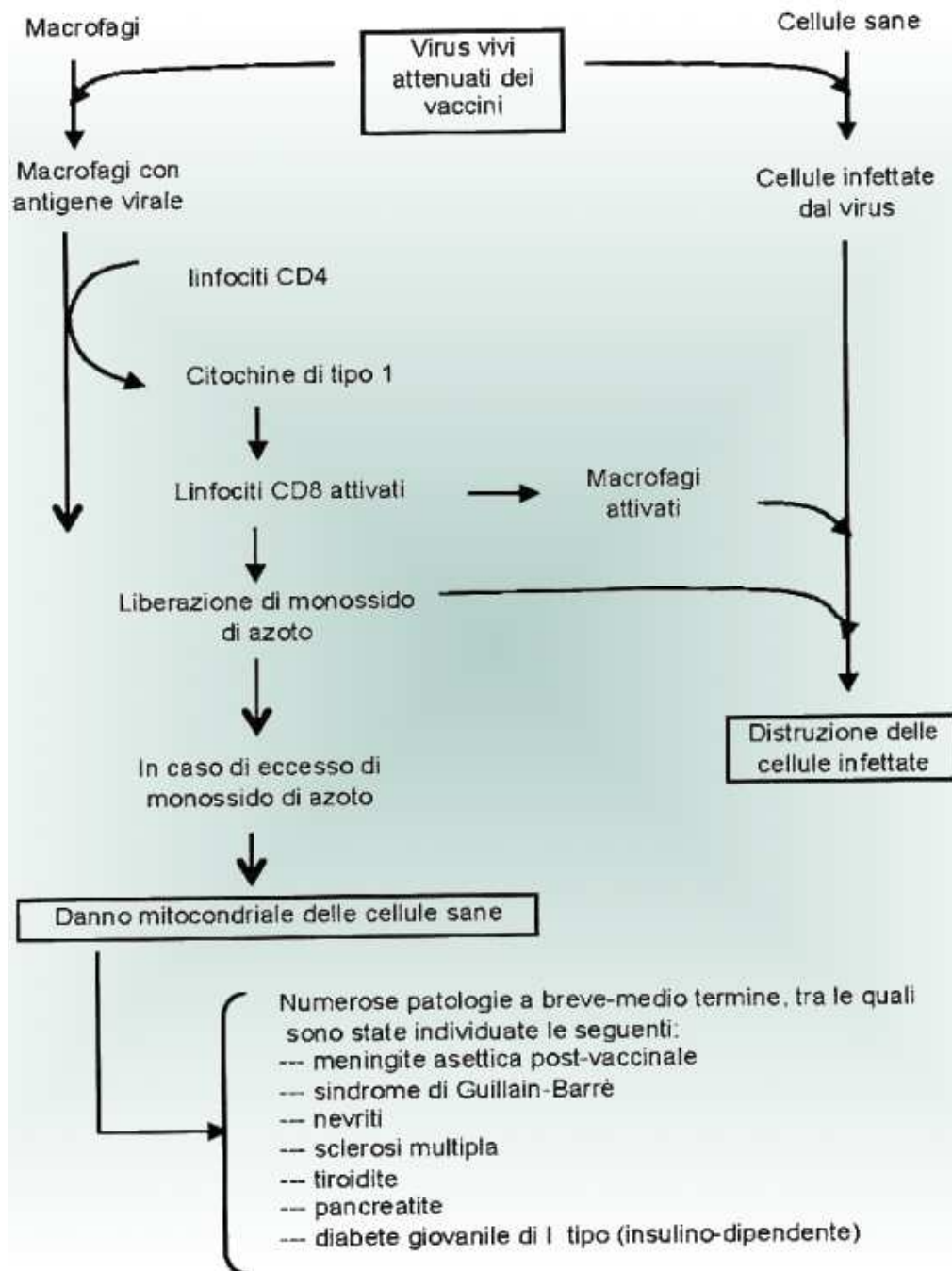
Per una più rapida comprensione di questo capitolo, invito il Lettore a ridare un rapido sguardo almeno alle tabelle dei capitoli 5, 6 e 7.

17.1 Danno immunitario dei vaccini

La dinamica dei *vaccini a virus vivi attenuati* è la stessa dei virus patogeni e sappiamo che questi ultimi entrano in tutte le cellule con cui vengono in contatto e a maggior ragione anche nei *macrofagi*. I macrofagi a loro volta espongono l'antigene virale sulla loro superficie in modo che venga riconosciuto dai *linfociti helper CD4 a lunga memoria* che poi liberano *citochine* (interferone gamma e interleuchina 2) che agiscono come segnali di proliferazione/differenziazione dei *linfociti T del tipo CD8*, che successivamente attivano ulteriormente i macrofagi e liberano monossido di azoto (NO).

Dato che il risultato della vaccinazione (specie con virus vivi attenuati) può essere una produzione eccessiva di monossido di azoto, questo eccesso può avere effetti sia a breve che a lungo termine. È stato scoperto che maggiore è la carica virale (per esempio in seguito alla somministrazione di vaccini combinati) maggiore sarà l'intensità dello stimolo dei macrofagi sui linfociti T e maggiore sarà la liberazione di monossido di azoto[1].

[1] Ricordo che per contenere gli eventuali danni da eccesso di NO è importante che l'organismo abbia buone scorte di glutatione: sostanza capace, tra l'altro, di impedire che il danno citotossico si estenda dalle cellule infettate a quelle sane.

Fig. 25 – **Probabili conseguenze patologiche dell'attivazione immunitaria cellulare causata da una eccessiva liberazione di monossido di azoto in seguito alla somministrazione di vaccini a virus vivi attenuati in neonati immunologicamente immaturi**

Dato però che il monossido di azoto è un gas molto diffusibile, ci sono forti sospetti che, nel caso venga liberato in quantità eccessiva, possa danneggiare anche le cellule sane (cioè quelle non infettate dai virus) e ciò è particolarmente vero nei soggetti che hanno basse scorte di *glutatione*.

Inoltre, sappiamo che quantità normali di monossido di azoto possono uccidere una cellula, ma piccole quantità possono anche distruggere o alterare solamente i mitocondri.[2]

Sappiamo anche che i mitocondri svolgono un ruolo decisivo nelle *patologie allergiche* (allergie, asma, ecc.) e *degenerative* (diabete mellito I tipo, sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, cancro, ecc.) e che la loro alterazione o distruzione può indurre innumerevoli danni. Questi danni sono proprio quelli rappresentati dalle suddette patologie considerate tipiche del nostro tempo, patologie che si possono ritrovare anche nei bambini.

A tutto questo va aggiunto che *un vaccino potrebbe indurre anche una mutazione a livello del DNA mitocondriale* e che questa può dare luogo a malattie che si manifestano solamente a lungo termine, nell'età adulta; inoltre, la rapidità con cui si manifesteranno dipenderà dal numero di mitocondri che sono stati danneggiati[3].

Dobbiamo quindi differenziare *i danni immunitari a breve termine* dopo il trattamento vaccinale, dai *danni immunitari a lungo termine*.

17.1.1 a – Danni immunitari a breve termine dei vaccini a virus vivi

Come abbiamo spiegato, una delle cause principali dei danni a breve termine dei vaccini con virus vivi attenuati è la produzione eccessiva di monossido di azoto conseguente all'iperproduzione di citochine di tipo 1 che essi causano. Abbiamo anche detto che il monossido di azoto può causare un *danno cellulare totale* (morte delle cellule) o *parziale* (danno mitocondriale) delle cellule con cui viene a contatto.

A causa di questo danno da monossido di azoto, che è tanto maggiore anche quanto più l'organismo è giovane, **è importante non somministrare ai bambini molto piccoli i vaccini con virus vivi attenuati**. Infatti, i vaccini antipoliomielitico orale (Sabin) e MPR (vaccino antimorbilloso-antiparotitico-antirosolia) ora non vengono più somministrati entro il primo anno di vita, ma fino a poco tempo fa, e per quasi mezzo secolo, è stato sempre somministrato il vaccino orale antipoliomielitico ai neonati ... con le conseguenze che abbiamo visto nel capitolo precedente.[4]

[2] I mitocondri sono organuli intracellulari deputati alla respirazione cellulare e cioè a quelle reazioni che in presenza di ossigeno producono molecole di ATP.

[3] A differenza del DNA del nucleo cellulare, il DNA mitocondriale non possiede meccanismi di autoriparazione in caso di danno genetico. Nella fase di duplicazione di una cellula contenente mitocondri distrutti o danneggiati, verranno duplicate anche le anomalie della cellula madre. In questo caso, allora, danni cellulari a livello mitocondriale verranno trasmessi alle nuove cellule e in parte anche alle generazioni successive.

[4] Ricordo che, mentre i vaccini con virus vivi attenuati attivano in modo esagerato la risposta immunitaria linfocitaria di tipo 1 (immunità cellulare), i vaccini con virus inattivati o con batteri o con frazioni di germe iperattivano la risposta di tipo 2 (immunità anticorpale).

17.1.2 b – Danni immunitari a lungo termine dei vaccini a virus vivi

Uno dei maggiori problemi dei vaccini formati da virus vivi attenuati è l'eccessiva stimolazione della risposta immunitaria linfocitaria di tipo 1 (immunità cellulare) durante il periodo neonatale, cioè quando non si è ancora instaurato un sufficiente equilibrio tra la reazione immunitaria di tipo 1 (Th1) e quella di tipo 2 (Th2).

L'iperstimolazione Th1 post-vaccinale da iperproduzione acuta di citochine di tipo 1 può perdurare nel tempo e causare poi nell'adulto quelle reazioni infiammatorie o autoimmunitarie a cui abbiamo accennato, ma può anche non causare alcuna reazione post-vaccinale acuta (in quel momento sembra cioè che il bambino abbia tollerato benissimo il vaccino), bensì una successiva iper-stimolazione rebound cronica di tipo 2 con eccessiva produzione anticorpale e conseguenti reazioni allergiche (dermatiti, psoriasi, allergie, asma, ecc.).

Secondo alcuni Autori come il Dr. Heinrich Kremer, inoltre, la risposta immunitaria linfocitaria sembra essere in qualche modo influenzata anche dal gruppo sanguigno dell'individuo (dato comunque che richiede di essere ulteriormente dimostrato).

In particolare, sembra che nei soggetti con *gruppo sanguigno 0* (i più numerosi), i vaccini vivi attenuati inducano con maggior facilità una iperattivazione della risposta immunitaria linfocitaria di tipo 1, mentre nei soggetti con gruppo sanguigno A, B o AB, dopo una vaccinazione (specie con virus inattivato come il vaccino antipoliomielitico di Salk), si manifesta più facilmente una reazione immunitaria linfocitaria di tipo 2 con iperproduzione anticorpale. In questo ultimo caso, il troppo debole potenziamento dell'immunità cellulare potrebbe non permettere un'efficace futura soppressione degli agenti patogeni (mi riferisco essenzialmente ai virus) che potrebbero venir introdotti con un'altra eventuale vaccinazione con virus attenuati. In tal modo si rischia di dare il via ad un'infezione subcronica che può manifestarsi anche molto tempo dopo la vaccinazione[5] e infine c'è pure il rischio di perdere l'efficacia dell'immunità cellulare in età adulta.

Pertanto, nei soggetti di gruppo sanguigno tipo 0, la vaccinazione (specie con virus vivi attenuati) induce una iperstimolazione dell'immunità cellulare, mentre nei soggetti di gruppo A, B o AB la reazione di tipo 1 è debole e prevale invece l'iperstimolazione dell'immunità anticorpale.

A complicare le cose sembra anche che:

— *i soggetti con gruppo sanguigno di tipo B* abbiano una maggior reazione di tipo neurotossico e quindi un maggior pericolo di danni neurologici se viene pratica-

[5] Si veda per esempio il problema dei danni causati dal vaccino contro la rosolia e il riscontro del virus nelle articolazioni dei vaccinati anche molti anni dopo l'esecuzione della vaccinazione.

ta loro una vaccinazione contenente sostanze già di per se stesse neurotossiche come il mercurio e altri additivi;

— *i soggetti con gruppo sanguigno di tipo A* siano sensibili specie a livello gastrointestinale e quindi dovrebbero evitare vaccini vivi (come la vaccinazione trivalente MPR). Comunque, poiché nel periodo prenatale vi è anche un maggior rischio neurotossico, pure in questi bambini sarebbe meglio evitare tutte le vaccinazioni, almeno fino al compimento dei 24 mesi di vita.

L'esperienza insegna anche che il gruppo sanguigno di tipo 0 tende ad essere associato ad una reazione post-vaccinale forte ma a rapida insorgenza (proprio per la stimolazione dell'immunità cellulare), mentre **i gruppi sanguigni A, B o AB tendono a tollerare molto bene il vaccino a brevissimo termine** (perché hanno una maggiore immunità anticorpale) ma ad avere i danni negli anni futuri.

Tab. 64 – **Relazione tra il gruppo sanguigno e una sospetta predisposizione al danno vaccinale**.

Gruppo sanguigno	**Rischio vaccinale**	**Consiglio**
0	– *iperstimolazione della risposta cellulare di tipo 1*, specie con vaccini vivi attenuati – *possibile intensa reazione post-vaccinale* a rapida insorgenza (risposta immunitaria linfocitaria di tipo 1)	evitare specialmente i vaccini con virus vivi attenuati (vaccino MPR)
A, B, AB	– *iperstimolazione della risposta anticorpale di tipo 2*, specie con vaccini di germi inattivati, con rischio futuro di infezione virale subcronica (iporisposta di tipo 1) – in genere, *scarsa reazione post-vaccinale* (tollerano bene i vaccini a breve termine), ma possibile comparsa di danni a lungo termine	evitare specialmente i vaccini virali inattivati (vaccino antipoliomielitico di Salk)
B	rischio di *reazioni neurotossiche*	evitare specialmente sostanze neurotossiche (mercurio, alluminio,.ecc.)
A	rischio di *danni gastrointestinali*	evitare specialmente vaccini con virus vivi attenuati (vaccino MPR)

Quindi, da questi dati si può dedurre che gli stimoli ricevuti dal sistema immunitario durante l'infanzia (e quindi anche con le comuni vaccinazioni) determineranno poi nel corso degli anni (perfino da adulti) un tipo di risposta che è direttamente correlata agli stimoli ricevuti.

Oltre a quanto è stato detto, ci si potrebbe allora chiedere quali siano le conseguenze cliniche pratiche a lungo termine, anche in considerazione dei vari gruppi sanguigni.

La risposta è che si è visto che:

— **nelle persone con gruppo A l'incidenza dei tumori è maggiore rispetto a quelle del gruppo 0** (benché il gruppo 0 sia molto più rappresentato rispetto a quello A);

— le persone con gruppo sanguigno 0 affette da tumore, rispetto ai gruppi A e AB, hanno: prognosi migliore, migliore sopportazione della chemioterapia, maggior efficacia della chemioterapia.

Un'altra conferma che i gruppi sanguigni potrebbero essere uno dei possibili elementi per valutare il rischio di danni da vaccini ci viene ancora una volta dagli studi del Dr. Kremer che, studiando circa 60 pazienti HIV-positivi, ha notato che l'80% di essi aveva gruppo sanguigno A, B o AB e questo nonostante il gruppo 0 sia quello più diffuso nella popolazione europea.

Da questi e da altri dati, inoltre, emergerebbe il sospetto che le patologie tumorali e quelle allergiche (asma compresa) siano più frequenti nei soggetti che da bambini non hanno avuto reazioni immediate ai vaccini a causa di un'iperattivazione dell'immunità anticorpale e, per lo stesso motivo, da piccoli hanno avuto poche o pochissime infezioni batteriche.

Si può allora concludere che ci sono dati sufficienti per ritenere che la comparsa in giusto grado delle malattie infettive pediatriche sia una buona espressione clinica di una normale attivazione e maturazione del sistema immunitario con conseguente buon equilibrio tra risposta Th1 e Th2. Equilibrio che le vaccinazioni (in modo soggettivo e in quantità variabile) alterano sempre, specie se sono numerose, se troppi vaccini vengono somministrati contemporaneamente, se il trattamento avviene in un'età molto precoce e se, in base al tipo di vaccino somministrato, c'è anche una particolare predisposizione genetica che può essere indagata in vari modi e ora anche attraverso lo studio dei gruppi sanguigni.

17.2 Conseguenze patologiche dello squilibrio tra le reazioni di tipo 1 e tipo 2

Abbiamo già visto che lo squilibrio del sistema immunitario è associato alla produzione eccessiva di alcuni tipi di proteine adibite alla comunicazione: le *citochine*.

Nel primo anno di vita del neonato vi è un processo molto graduale e delicato che cerca lentamente di instaurare questo equilibrio del sistema immunitario, che in

quel tempo è ancora inesistente o molto instabile. Questi fatti sono stati acquisiti passo per passo solamente all'incirca negli ultimi 10-15 anni. Solo ora, infatti, ci siamo resi conto che **le vaccinazioni –** come abbiamo già discusso in queste pagine **– provocano dei danni nel sistema immunitario del bambino a causa di una intensa e prolungata iperstimolazione di uno dei due tipi di risposta linfocitaria con persistente alterazione del rapporto Th1/Th2**.

Alcuni ricercatori (D.R. Lucey e G.M. Shearer) dell'*Experimental Immunology Branch* del *National Cancer Institute* dello Stato del Maryland (USA), in collaborazione con il Prof. M. Clerici della Cattedra di Immunologia dell'Università di Milano, **ancora nel 1996 hanno pubblicato un elenco** (che comunque ora si è ulteriormente allungato) **delle patologie dovute allo squilibrio tra le reazioni Th1 e Th2**, cioè tra le citochine di tipo 1 e 2;

Tab. 65 **– Elenco delle patologie ritenute causate da uno squilibrio tra le reazioni Th1 e Th2** (aggiornato al 1996).

A – PATOLOGIE CAUSATE DA UNA ECCESSIVA REAZIONE IMMUNITARIA DI TIPO 1 (AUMENTATA PRODUZIONE DI CITOCHINE DI TIPO 1 RISPETTO ALLE CITOCHINE DI TIPO 2):

1. – *Patologie virali:*
   — Infezione da virus dell'immunodeficienza umana e AIDS
   — Morbillo
   — Infezione da virus respiratorio sinciziale
   — Epatite B cronica attiva

2. – *Patologie batteriche o da micobatteri*:
   — Lebbra
   — Tubercolosi
   — Sindromi da *Mycobacterium avium*
   — Infezioni batteriche intracellulari
   — Sinoviti e artriti reattive da *Yersinia enterocolitica* e *Chlamydia trachomatis*
   — Malattia di Lyme e sifilide

3. – *Patologie infiammatorie e autoimmunitarie*:
   — Arterite temporale a cellule giganti
   — Lupus eritematoso sistemico
   — Artrite reumatoide
   — Patologie tiroidee autoimmuni
   — Sarcoidosi
   — Psoriasi
   — Nefropatia da IgA
   — Sclerosi multipla

B – PATOLOGIE CAUSATE DA UNA ECCESSIVA REAZIONE IMMUNITARIA DI TIPO 2 (AUMENTATA PRODUZIONE DI CITOCHINE DI TIPO 2 RISPETTO ALLE CITOCHINE DI TIPO 1):

1. – *Patologie atopiche*:
   — Atopia cutanea
   — Asma atopica
   — Congiuntivite virale (‘*Vernal conjunctivitis*’)

2. – *Eosinofilia e aumentati livelli plasmatici di IgE*:
   — Sindrome di Ommen
   — Sindrome ipereosinofila
   — Sindrome di Kimura
   — Sindrome di Job
   — Sindrome di Wells
   — Altre condizioni associate con eosinofilia e/o aumentati livelli plasmatici di IgE

3. – *Patologie parassitarie*:
   — Infezioni protozoarie: leishmaniosi cutanea e viscerale
   — Patologie elmintiche: filaria, schistosomiasi

4. – Patologie micotiche:
   — Aspergillosi broncopolmonare allergica
   — Candidiasi
   — Cryptococcosi
   — Coccidioidomicosi
   — Paracoccidioidomicosi
   — Blastomicosi
   — Istoplasmosi

5. – Patologie **neoplastiche**:
   — Carcinoma cutaneo basocellulare ed epidermoide
   — Sindrome di Sézary
   — Linfomi: non-Hodgkin tipo B EBV-associato; morbo di Hodgkin; linfoma anaplastico a grandi cellule (CD30)
   — Mieloma multiplo e sindrome di Castleman
   — Sarcoma di Kaposi

Da esperimenti su cavie, si è visto che l’iperattivazione della risposta immunitaria linfocitaria di tipo 1 (Th1) in un animale neonato **induce un aumento delle patologie infiammatorie nell’età adulta e un aumento di quelle autoimmunitarie sia nel giovane che nell’adulto**. Anche da altri esperimenti si è scoperto che il danno mitocondriale, che si esprime anche con una mutazione del DNA mitocondriale che **a sua volta può poi essere trasmesso geneticamente alla prole**, può causare patologie autoimmunitarie gravi come la sclerosi multipla e la sindrome di Guillain-Barré.

Infatti, sono disponibili molti studi clinici che associano una prolungata iperstimolazione Th1 a gravi patologie croniche autimmunitarie come:
— diabete mellito giovanile,
— artrite reumatoide,
— sclerosi multipla,
— uveite,
— patologie infiammatorie intestinali,
— autismo.

Tab. 66 – **Conseguenze dello sbilanciamento immunitario nel neonato**.

Aumento dell'immunità neonatale di tipo:	Conseguenze fisiopatologiche	Conseguenze cliniche
- *CELLULARE* (risposta Th1)	eccessiva produzione di monossido di azoto con danno mitocondriale e ridotta produzione anticorpale	aumento delle patologie autoimmunitarie e/o infiammatorie nel giovane e nell'adulto
- *ANTICORPALE* (risposta Th2)	aumentata produzione anticorpale	aumento delle patologie allergiche nel bambino e nel giovane

Quando invece c'è una iperattivazione della risposta immunitaria di tipo 2, i linfociti T CD4 helper 2 (Th2) producono una notevole quantità di interleuchina 4 (IL-4) che ha azioni contrarie all'interferonegamma (prodotto dai Th1) ed è responsabile della produzione delle immunoglobuline di classe E (le cosiddette IgE) che sono tipiche della risposta allergica che proprio esse causano.

Infatti, sono disponibili molti studi clinici che associano una prolungata iperstimolazione Th2 a patologie di vario tipo come:
— allergie,
— asma,
— eczema,
— lupus eritematoso,
— patologie infiammatorie intestinali,
— disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD),
— autismo.

Sulla base di tutti questi concetti, pediatri e otorinolaringoiatri del *Wakayama Medical Center* (Giappone) nel 1998 hanno realizzato uno studio su 867 ragazzi/e di 12-13 anni verificando il rapporto tra la vaccinazione antitubercolare BCG e le allergie. Tramite il semplice e comunissimo test alla tubercolina, i medici hanno potuto verificare che tra i ragazzi che precedentemente erano venuti in contatto con il bacillo della tubercolosi senza tuttavia sviluppare la malattia (soggetti solamente

tubercolino-positivi), la percentuale di chi soffriva di allergie era un terzo di quella registrata tra i tubercolino-negativi. Inoltre, hanno ulteriormente dimostrato tale riscontro con la somministrazione del vaccino BCG e vedendo che nei soggetti che lo avevano ricevuto (negli anni precedenti) le allergie erano meno frequenti proprio perché **il vaccino antitubercolare aveva soppresso la sintesi delle citochine Th2** (interleuchina 4 e 5) che promuovono la produzione delle IgE e aveva invece marcatamente aumentato la produzione delle citochine Th1 (interferone-gamma).

La conclusione fu che *la forte stimolazione del sistema Th1* (a causa del contatto con il micobatterio) *aveva inibito il sistema Th2 producendo una riduzione dell'incidenza delle allergie*.

All'opposto, sappiamo che **nei malati di AIDS, i linfociti Th1 sono molto scarsi** e proprio per questo si sviluppa facilmente la malattia da HIV perchè si produce meno monossido di azoto deputato a distruggere tutte le cellule infettate dai virus. Infatti, le persone che hanno un livello molto basso di linfociti del tipo 1 non producono a sufficienza monossido di azoto e perciò non sono in grado di eliminare virus, parassiti (specie i funghi) e micobatteri (cioè i germi intracellulari). Ciò spiega la facile comparsa delle infezioni opportunistiche (virali e micotiche) che sono tipicamente associate all'AIDS mentre, sorprendentemente, questi soggetti hanno raramente infezioni di origine batterica proprio perché hanno una buona produzione di anticorpi.

Il problema, anche in questo caso, è la mancanza dell'equilibrio fra la risposta linfocitaria Th1 e quella Th2.

Infatti, in molti Paesi africani c'è una particolare suscettibilità ad ammalarsi di AIDS, TBC e morbillo proprio perché quelle popolazioni hanno una preesistente bassa risposta immunitaria di tipo Th1 con conseguente incapacità del sistema immunitario di far fronte agli attacchi virali, micotici e/o dei germi intracellulari come quelli dei micobatteri tubercolari.

Ad ulteriore conferma di questi dati c'è il famoso studio condotto nella Guinea-Bissau (che commenteremo meglio più avanti) che ha dimostrato che la vaccinazione antitubercolare BCG e quella antimorbillosa aumentavano la sopravvivenza dei bambini vaccinati rispetto i non vaccinati, mentre la vaccinazione antidifterica-antitetanica-antipertossica (DTP) e queffa antipoliomielitica di Salk aumentavano la mortalità infantile. La spiegazione è semplice: nei soggetti africani (proprio perchè hanno una scarsa risposta Th1) il vaccino BCG e quello antimorbilloso, che sappiamo attivare la risposta Th1, riportano un certo maggior equilibrio (o minor squilibrio?) nel sistema immunitario infantile migliorando la sopravvivenza, mentre i vaccini DTP e antipolio Salk attivano la risposta Th2 e quindi aggravano ancor di più il già preesistente squilibrio Th1/Th2.

Tuttavia, la differenza tra il suddetto studio africano e quello giapponese eseguito con il vaccino antitubercolare è che in quest'ultimo non è stata trovata una comune relazione tra morbillo e calo delle allergie come quella che è stata invece trovata

con la tubercolosi. Per quale motivo dato che sia il morbillo che la tubercolosi stimolano la risposta Th1?

Secondo gli scienziati giapponesi Autori dello studio, la diffusa vaccinazione antimorbillosa eseguita in Giappone aveva impedito (nel futuro) una adeguata e fisiologica stimolazione della risposta Th1, che veniva invece assicurata solo dal contatto con il virus 'selvaggio', cioè da quello che si trova in Natura, che rinforza periodicamente la stimolazione della risposta Th1 e quindi contribuisce a tenere frenata quella Th2. Cioè, è vero che la vaccinazione antimorbillosa stimola la risposta Th1 a scapito della Th2 e quindi dovrebbe frenare le allergie, ma questo effetto può cessare negli anni mentre l'effetto del morbillo naturale che compare periodicamente funge da stimolazione periodica sul Th1 e di freno periodico sul Th2, con conseguente effetto positivo nel tempo.

Su tali argomenti, però, in questi ultimi anni tra gli Immunologi non sono mancati grossi scontri ideologici ed è diventato intenso il dibattito sul ruolo dei vaccini nei confronti delle risposte immunitarie Th1 e Th2.

Alcuni, come Rook e Stanford, hanno scritto senza mezzi termini sulla rivista '*Immunology Today*' che "*il notevole aumento delle allergie che si registra in Occidente è da addebitare alla scarsa attivazione fisiologica del sistema Th1 e all'aumentata esposizione a quei vaccini che inducono una risposta di tipo Th2*".

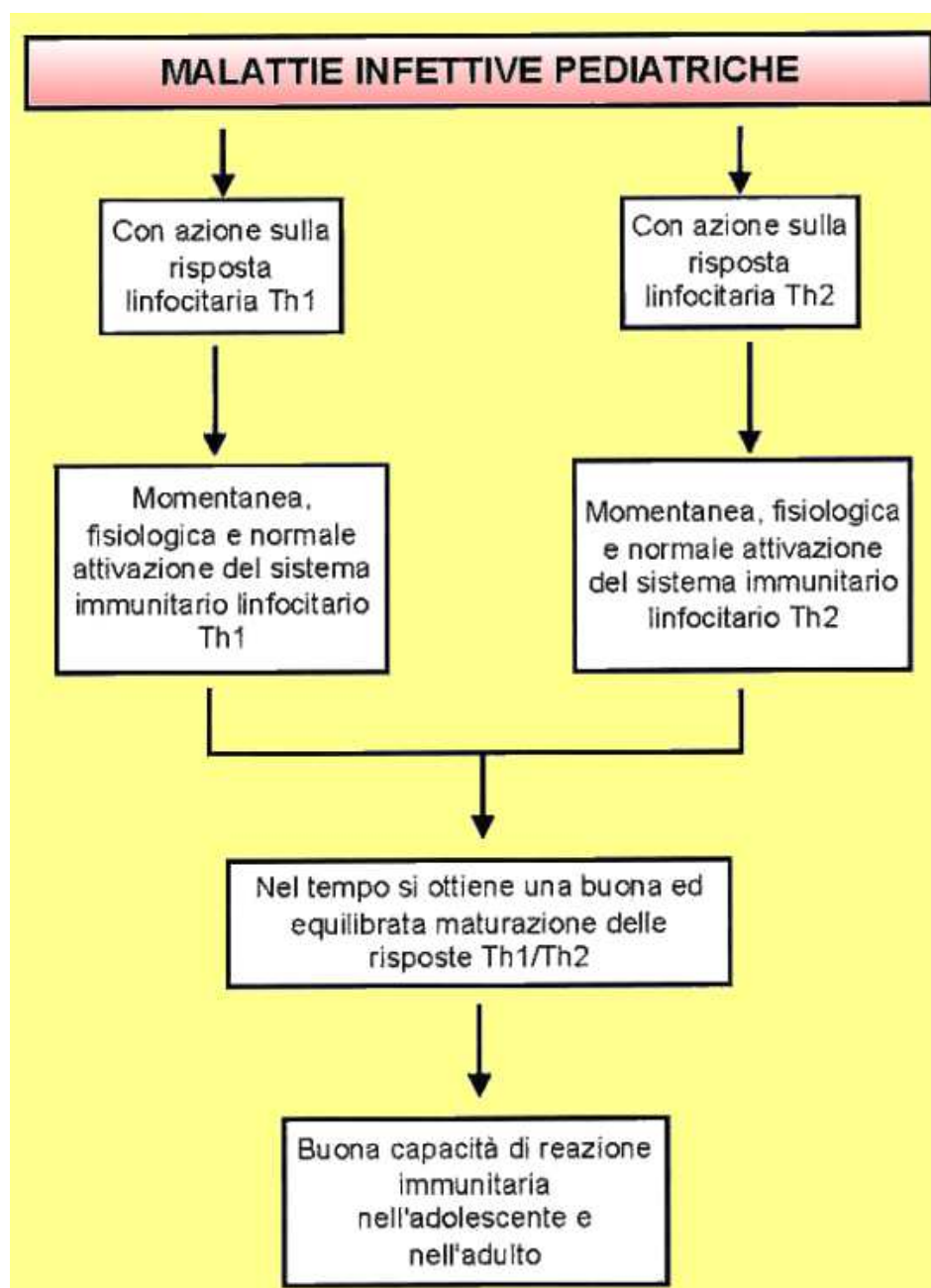
Altri, come M. Brady e K. Mills, sempre sulla stessa autorevole rivista scientifica, hanno ribattuto che non tutti i vaccini inducono un aumento della risposta del tipo Th2 e che quindi bisogna anche cercare altre risposte. Questa obiezione è sicuramente vera, ma va ribadito che la reazione del neonato al vaccino dipende dal tipo di vaccino (che può attivare sia il sistema Th2, che quello Th1) e poi, come abbiamo già detto, dalle specifiche capacità reattive e di compensazione del neonato stesso e infine anche dal suo bagaglio genetico, cioè dalla sua predisposizione o meno a certe patologie invece di altre. Comunque, *prima di dire che un vaccino non ha causato alcun danno in un individuo sarebbe da estendere lo studio di quel soggetto negli anni, ma questo nessuno lo fa.*

Inoltre, che l'iperstimolazione della risposta Th2 induca un aumento delle malattie allergiche è un dato ormai scontato in ambito immunologico ed **esistono numerosi studi che hanno attribuito questa iperstimolazione sia all'alluminio contenuto in alcuni vaccini sia, meglio ancora, al doppio effetto causato dall'alluminio e dal vaccino stesso**, per esempio quello antitetanico. Anche quest'ultimo studio, quindi, dimostra ulteriormente che **la vaccinazione antitetanica induce una infiammazione tessutale cronica** da iperstimolazione della risposta Th2 **con conseguente aumento delle patologie allergiche**.

Comunque, oltre a ciò, **bisognerebbe anche indagare veramente il ruolo svolto dall'alluminio** contenuto nei vaccini come 'adiuvante', cioè aggiunto per rafforzare la risposta immunitaria del vaccino stesso. Cioè, se l'alluminio svolge una tale azione, significa che anche ad esso potrebbe essere imputata una certa parte del

danno di iperstimolazione della risposta immunitaria linfocitaria Th2.

Purtroppo, siamo scarsi di studi scientifici che valutino gli effetti delle vaccinazioni e delle sostanze non antigeniche in essi contenute (come mercurio e alluminio) sul sistema immunitario immaturo dei bambini, specie di quelli molto piccoli o nati prematuri, e in particolare gli effetti sulle risposte immunitarie Th1, Th2 e Th3.

Fig. 26 – **Effetto protettivo delle malattie infettive pediatriche**

Infine, come ulteriore prova che lo squilibrio Th1/Th2 da vaccini è già un dato acquisito e che è considerato un reale problema, può essere citato il fatto che in Danimarca, per contenere l'eccessiva risposta Th2 vaccino-dipendente, invece di consigliare di spostare ad un'età più tardiva le vaccinazioni con azione sulla risposta Th2 (vaccini con frazioni di batteri o con batteri uccisi e/o contenenti alluminio), si è giunti a consigliare di associare all'alluminio (usato come adiuvante del vaccino) l'interleuchina-12 (IL-12), cioè una citochina che potrebbe teoricamente stimolare la risposta Th1 e quindi compensare lo sbilanciamento Th1/Th2.

Senza voler criticare l'Autore di questo consiglio, vorrei ricordare che così facendo, proprio per l'estrema delicatezza dei meccanismi immunitari tessutali, specie in un neonato, creeremmo sicuramente nuovi squilibri, perché la IL-12 interferisce con molti recettori leucocitari e con grande facilità potrebbe indurre reazioni a cascata difficilmente prevedibili nelle loro ripercussioni patologiche a breve e lungo termine.

Mi pare impossibile che si debba insistere ancora su questo concetto, ma lo ribadisco di nuovo: *non è più semplice* ***togliere mercurio e alluminio dai vaccini e spostare le vaccinazioni ad una età più tardiva****?*

A cosa servono oggi, ad esempio, l'antiepatite B e l'antitetanica in un neonato?

È vero che i bambini di oggi sono molto precoci, ma sinceramente non credo che **neppure in Danimarca i neonati possano correre il rischio di infettarsi con il virus dell'epatite B avendo rapporti sessuali precoci o drogandosi o che si ammalino di tetano arrampicandosi sui reticolati**, ecc. ...!

17.3 La crescita della patologia tumorale

È innegabile che negli ultimi cinquant'anni l'incidenza dei tumori nella popolazione sia aumentata notevolmente, ma questo incremento non riguarda solamente persone di età avanzata (superiore ai 60-65 anni) che, come sappiamo, hanno prevalentemente e quasi fisiologicamente una reazione immunitaria di tipo 2.

Cento anni fa, forse meno del 10% della popolazione era affetta da tumori, mentre **oggi all'incirca il 35% della popolazione si sentirà fare nel corso della vita, prima o poi, una diagnosi di cancro e quasi metà di questi morirà**. L'*Organizzazione Mondiale della Sanità* prevede che nel 2030 la percentuale di decessi per tumore salirà al 50% delle cause totali, ma se progrediamo in questo modo forse c'è dell'ottimismo in queste stime.

Dato il continuo e costante aumento di tumori nei bambini di tutto il mondo (circa l'1% in più ogni anno) e il continuo e costante aumento di altre patologie pediatriche, come ad esempio asma, allergie, neurodermiti, artrite reumatoide, lupus

eritematoso, ecc. (tutte patologie tipiche di un eccesso delle reazioni immunitarie Th2), ci si chiede quale possa essere la causa.

Sicuramente alla base c'è un indebolimento e/o uno 'stress' immunitario a cui possono aver contribuito molti fattori:
— l'esposizione a molti agenti tossici ambientali e alimentari (tra cui moltissime sostanze cancerogene che sono presenti un po' ovunque) che si sommano a
— errori alimentari con conseguenti carenze di nutrienti essenziali,
— squilibri endogeni causati dai campi elettromagnetici,
— troppi farmaci chimici che assumiamo e che bloccano molte reazioni del nostro organismo (alterando molti nostri delicati equilibri endogeni),
— molti stimoli psichici che sono poco a dimensione d'uomo.

Secondo un numero sempre maggiore di Autori, **a tutto questo, e cronologicamente prima ancora di tutto questo, va aggiunto l'effetto squilibrante che le vaccinazioni di massa hanno causato sul sistema immunitario dei bambini piccoli**, sia predisponendoli alle patologie suddette nell'età adulta, **sia facendo loro evitare in età infantile quelle patologie infettive che, come abbiamo visto, hanno pure la funzione di rinforzare ed equilibrare il sistema immunitario**.

È proprio a causa di tutto questo che molti Autori sono convinti che sia abbastanza ovvio l'aumento dei tumori, come anche di altre patologie associate e causate da una eccessiva reazione immunitaria Th2. Questo perché tutti i fattori di stress a cui si è esposti si accumulano e si potenziano nel corso della vita e, anche se ognuno di essi fosse paragonabile all'effetto di una goccia che cade in un bicchiere, quando il bicchiere è pieno basta solo un'altra goccia per farlo traboccare.

Curioso è il fatto che lo spostamento verso la reazione Th2 è stata osservata solo a partire dagli anni '50-'60 del XX° secolo, cioè nell'epoca in cui sono state promosse le prime campagne vaccinali neonatali di massa.

C'è poi un altro reale e importante pericolo a cui abbiamo già accennato e cioè che in una situazione di non equilibrio con eccesso di citochine di tipo 2 **esiste il grave pericolo di una mutazione genetica a livello mitocondriale (ricordo che i mitocondri non hanno dei meccanismi di riparazione genetica), con trasmissione dello squilibrio alla discendenza.**

Va peraltro segnalato che, quasi paradossalmente e dopo numerosi tentativi infruttuosi, si stanno sviluppando tentativi di vaccini specifici anticancro. È del 2003 la messa a punto negli USA (al *John Waine Institute di Santa Monica*, California), e la sperimentazione anche in Europa, del *Cancer Vax* per la cura del melanoma incurabile in fase avanzata: su oltre duemila pazienti è risultato efficace in circa il 45% dei casi (a condizione che le metastasi siano state preventivamente eliminate chirurgicamente) nel senso che non vi è stata la ricomparsa della malattia entro 3-4 anni. Si prevede che il trattamento duri cinque anni e sembra che avvenga senza effetti indesiderati. Eventualmente, quello che stona è che se questo filone della ricerca fosse di ottime prospettive e senza effetti indesiderati, come mai non se ne

parla nelle riviste scientifiche?

Comunque sia, il vaccino contro il cancro riguarda una situazione completamente diversa rispetto alla vaccinoterapia pediatrica di *massa*, perché con il vaccino anticancro ci sono finalità esclusivamente di cura personale e stiamo parlando di soggetti adulti.

17.4 Danni di una vaccinazione di massa durante una pandemia

Oggi l'Industria Farmaceutica sembra organizzare le cose in modo da preparare la gente all'acquisto di nuovi farmaci o vaccini spaventandola preventivamente con un bombardamento attraverso i mass-media.

Ma *se ci fosse una pandemia* (cioè un'infezione che interessa milioni di persone o interi continenti) *avrebbe senso la vaccinazione di massa*?

Dal punto di vista scientifico, pare che non solo non avrebbe senso, perché risulterebbe inutile, ma potrebbe addirittura rivelarsi anche molto pericolosa. Un esempio pratico ci viene proprio dall'ipotetica pandemia che si temeva potesse essere provocata dal virus dell'influenza aviaria che avrebbe potuto modificarsi a causa di qualche mutazione genomica.

In quel caso una vaccinazione di massa sarebbe risultata inutile perché, una volta effettuato il salto di specie (virus che dalla specie animale passa ad infettare l'uomo), il virus tende a mutare ulteriormente per 'accomodarsi' nell'ospite umano e quando alla fine raggiunge una forma stabile e può essere isolato dai ricercatori, sono necessari fra gli 8 e i 12 mesi per mettere a punto un vaccino sicuro e per organizzarne la distribuzione. Quindi, un vaccino specifico non potrebbe mai essere preparato in tempo per fronteggiare una epidemia in atto.

Oltre a ciò, una vaccinazione di massa potrebbe anche essere pericolosa, perché il ceppo virale che potrebbe dare luogo alla paventata pandemia avrebbe caratteristiche che renderebbero l'impiego dei vaccini molto discutibile. Autorevoli virologi ed epidemiologi (Webster, Dianzani e altri) sconsigliano l'uso di vaccini "i*n tutti i casi in cui si teme che il patogeno possa essere appunto un nuovo ricombinante (e in particolare un virus che abbia compiuto di recente il salto di specie, per esempio passando da una virulenza animale ad una umana), dato che, almeno in linea teorica, il vaccino potrebbe causare una produzione eccessiva di anticorpi e peggiorare la tempesta di citochine che sembra essere la vera causa delle evoluzioni maligne delle malattie infettive*".

Insomma, questo significa che pasticciare con i vaccini (per esempio i vaccini antinfluenzali classici mirati sui ceppi influenzali noti $[H_3N_2]$ o eventuali vaccini nuovi come quello che si cercava di confezionare per contrastare il virus dell'in-

fluenza aviaria H_5N_1) in presenza di un virus (per esempio come quello dell'influenza aviaria) che sembrava avere effetti letali proprio per un'eccessiva reazione del sistema immunitario, *non era una buona idea*. Non solo c'è il pericolo di scatenare una risposta iperimmune (lo shock allergico viene considerato l'arma segreta del virus), ma si rischia di incrementare l'ulteriore ricombinazione del mutante con ceppi influenzali più comuni. Visto che la caratteristica del virus influenzale è proprio la sua capacità di utilizzare pezzi di differenti genomi per rendersi invisibile al sistema immunitario, i nuovi vaccini rischiano di mettere a disposizione del virus ancora un po' di 'materiale' e rendere più efficiente la sua capacità di trasformazione. In conclusione, sostiene il pediatra Ernesto Burgio: "***Se c'è un'annata in cui il vaccino non andrebbe mai consigliato, sarebbe proprio quella di una possibile pandemia***".

Per difendersi dal ritorno di una ipotetica "Spagnola", così come per gestire qualsiasi tipo di epidemia, non ci sono 'proiettili magici' o cure miracolose. **Quello che maggiormente conta è potenziare le difese immunitarie aspecifiche dell'organismo evitando al massimo di ricorrere a farmaci chimici** che, oltre a non essere efficaci, per svolgere un'azione farmacologica bloccano anche alcune azioni biologiche fisiologiche del nostro organismo e non è detto che il risultato finale sia positivo, specie quando abbiamo bisogno di tutta la nostra potenza immunitaria.

A tale proposito, può essere oggetto di riflessione un libro di Eleanor McBean, intitolato *Vaccination Condemned*, scritto negli anni '70 e in cui **una testimone oculare riporta che per la pandemia Spagnola del 1918 i medici che non usarono i farmaci furono quelli che ottennero la percentuale più elevata di guarigioni**.

17.5 Danni da vaccini somministrati in bambini nati prematuri

Uno studio clinico ha confrontato gli effetti indesiderati sull'apnea e sulla bradicardia (monitoraggio continuo per 24 ore) di un programma vaccinale (vaccino antidifterico- antitetanico-antipertossico-antiemofilo B) in 98 bambini nati pretermine. **La registrazione 24 ore eseguita sia prima che dopo la vaccinazione ha evidenziato solo un caso di apnea con bradicardia prima della immunizzazione e 17 casi dopo l'immunizzazione vaccinale** (apnea, bradicardia o desaturazione di ossigeno).

Gli Autori, *invece di raccomandare di posticipare il più possibile la vaccinazione in questi bambini* (all'incirca almeno dopo il 12° mese o comunque quando i parametri clinici evidenziano il raggiungimento di una normale maturazione dell'organismo in base all'età cronologica), hanno raccomandato che la funzione cardiorespiratoria in neonati pretermine nati con meno di 31 settimane di gestazione

venga monitorata per almeno 48 ore dopo la vaccinazione in modo da essere pronti a fornire eventualmente un supplemento di ossigeno.

Un altro studio condotto su 97 bambini pretermine ha ottenuto gli stessi risultati ed è giunto alle medesime conclusioni.

Anche gli Autori di uno studio inglese del 1999 sono giunti alla conclusione che **i bambini prematuri che assumono il vaccino tetravalente antidifterico-antitetanico-antipertossico-antiemofilo B sono a rischio di apnea grave**, perché **dopo il vaccino alcuni bambini, che godevano di buona salute, hanno dovuto essere rianimati e uno ha richiesto intubazione e ventilazione assistita**.

Uno studio del 2001 ha confermato questi dati affermando pure che **i bambini che hanno registrato i danni maggiori erano quelli più giovani al tempo dell'immunizzazione.**

Uno studio molto recente del 2007, che ha ulteriormente confermato tutti questi precedenti riscontri e che è stato condotto su 239 bambini prematuri seguiti però per soli 3 giorni, ha evidenziato:

— aumento della Proteina C Reattiva (PCR; che sappiamo essere indice di flogosi) nell'85% dei neonati che avevano ricevuto un vaccino multiplo e nel 70% dei neonati che hanno ricevuto un solo vaccino;

— disturbi cardiorespiratori di varia gravità nel 16% dei neonati vaccinati.

Anche in questo studio gli Autori non hanno osato proporre di spostare l'età dell'inizio della vaccinazioni, ma si sono solo limitati a consigliare di monitorare i neonati almeno per le prime 48 ore dalla vaccinazione!

È proprio vero che **è difficile trovare un ricercatore che abbia il coraggio di schierarsi pubblicamente contro le vaccinazioni**!!

Credo che questi dati possano insegnarci che, al di là delle chiacchiere che vengono fatte sulla prevenzione delle malattie, nella pratica si punta più sulla diagnosi precoce che sulla vera prevenzione. A tale proposito bisogna però ricordare che la diagnosi precoce si fa su un organismo con una malattia allo stato iniziale, ma pur sempre già malato e quindi, in questo caso, non si può certamente parlare di prevenzione.

È interessante sottolineare anche che **nonostante l'esistenza di studi di questo tipo, nei vari anni si stia tendendo ad abbassare sempre più l'età vaccinale**. Infatti, in alcune ASL si chiamano alla vaccinazione i bambini di 2 mesi di vita e **indipendentemente che siano nati a termine o siano immaturi**!!!

17.6 Danni da somministrazione contemporanea di più vaccini

La somministrazione combinata dei vaccini (siano essi tutti in un'unica formulazione o somministrati l'uno dopo l'altro in sedi diverse dell'organismo ma pur sempre in un'unica seduta vaccinale) può comportare vari danni al ricevente che possono essere semplicisticamente suddivisi in due gruppi:

Danni tossicologici, come quelli causati da interazioni tra vaccini, anche all'interno della stessa fiala farmaceutica.

Danni immunitari, per esempio da intenso squilibrio del sistema immunitario per l'induzione di un marcato e persistente squilibrio tra le risposte linfocitarie di tipo 1 (Th1) e di tipo 2 (Th2).

17.6.1 a – Danni tossicologici

Un esempio di questo primo tipo potrebbe essere il vaccino batterico tetravalente combinato antidifterico-antitetanico-antipertossico-antiemofilo B che aumenta la risposta anticorpale alla tossina antitetanica e alla componente antiemofila, con possibili effetti indesiderati (gli stessi che si avrebbero usando dosi eccessive, ma singole, dei 2 antigeni in questione).

Un altro danno tossicologico, che però in futuro dovrebbe diventare più raro grazie alle reazioni sempre più frequenti che i *Movimenti Anti-Vaccini* stanno facendo in tutto il mondo, è il sovraccarico di metalli tossici (mercurio e alluminio) e di eccipienti sempre nuovi (ma non adeguatamente e preventivamente sperimentati!) che l'Industria Farmaceutica introduce per vari motivi nelle fiale vaccinali.

È vero che, in genere, quando più vaccini vengono somministrati con un'unica iniezione, e cioè quando vengono uniti in un'unica fiala e iniettati per via intramuscolare, la quantità di metalli tossici che viene inoculata è inferiore rispetto alla somma di più fiale di vaccini singoli. Infatti, il mercurio usato come conservante e l'alluminio usato come prolungante la stimolazione immunitaria vengono aggiunti in quantità più o meno costante in ogni fiala parenterale, quantità che praticamente non varia in base al numero di vaccini contenuti nella fiala stessa.

Pertanto, è vero che con le vaccinazioni combinate (per esempio il vaccino pentavalente o esavalente) vengono inoculati meno metalli tossici rispetto a quanto accade con le vaccinazioni singole e **alcuni vaccini combinati sono addirittura privi di mercurio (pur contenendo l'alluminio che è altrettanto tossico)**, ma ritengo che il danno che consegue a questi '*vaccini bomba*' (come alcuni li chiamano per l'alto numero di antigeni associati) dovrebbe essere superiore al beneficio che si ottiene dalla riduzione dei metalli tossici (anche perché **un bravo omeopata potrebbe**

facilmente intervenire per accelerare l'escrezione dei metalli, mentre dovrebbe lavorare duramente e molto a lungo per riuscire ad annullare o ridurre il grave danno immunitario causato da questi vaccini multipli sulle risposte Th1/Th2 e inoltre perché, se si decide di non somministrare un vaccino multiplo significa che si è deciso di somministrare i vaccini singoli separatamente uno d'altro e di solito questo lo si fa anche ad un'età un po' maggiore di quella neonatale e quindi in condizioni tali per cui il bambino riesce a gestire meglio i metalli tossici).

17.6.2 b – Danni immunitari

È noto che, secondo molti Autori, la somministrazione combinata di molti vaccini potrebbe indurre patologie autoimmunitarie con una frequenza maggiore dei vaccini singoli. Tali patologie, ovviamente, sono secondarie all'intenso squilibrio che i vaccini combinati causano sulla risposta immunitaria linfocitaria Th1/Th2. A dimostrazione di questa ipotesi ci sono molti studi clinici.

IL CASO DELLA GUINEA-BISSAU

Un importante studio che affronta questo argomento e che ha fatto molto discutere nel mondo scientifico, ma che come sempre non ha lasciato tracce significative di sé (e quindi non ha portato alcun cambiamento concreto nelle scelte vaccinali), è la famosa ricerca eseguita nella Guinea-Bissau alla fine degli anni '90. Con questa ricerca si è dimostrato che **la combinazione dei vaccini antidifterico-antitetanico-antipertossico (trivalente DTP) più l'antipoliomielitico orale di Sabin ha causato un netto aumento della mortalità nei bambini**. L'articolo provocò discussioni infuocate sui fascicoli successivi della rivista e per un certo tempo ci fu un discreto eco in varie riviste mediche, ma poi piano piano l'interesse sfumò e tutto si concluse lasciando il messaggio finale che quei dati erano solo preliminari (*quelli conclusivi non furono mai pubblicati*!!) e poi provenivano da un Paese ben definito e circoscritto e pertanto le conclusioni non potevano essere accettate per un cambiamento delle strategie vaccinali mondiali. (Quando leggo prese di posizione come queste, mi viene sempre in mente mia nonna che mi diceva che non c'è peggior sordo di quello che non vuole sentire).

Ricordo però che, se i dati di uno studio non possono essere usati in senso più generale, allora è inutile fare gli studi sperimentali o epidemiologici e, inoltre, una tale affermazione equivale a dire che chi ha programmato quello studio è stato un incompetente, perché ha speso energie e denaro per dimostrare ciò che non è di alcun valore per il resto della popolazione (ovviamente tale conclusione non è sensata).

In realtà, le implicazioni dell'articolo della Guinea-Bissau sono importanti e non di piccola portata. Prima di tutto va detto che quello studio dimostrò due cose:

— che il vaccino antidifterico-antitetanico-antipertossico (trivalente DTP) più l'antipoliomielitico ha causato un netto aumento della mortalità;

— che **il vaccino antitubercolare BCG e antimorbilloso hanno causato un aumento della sopravvivenza**.

Questi dati non sono originalissimi, perché anche due studi condotti rispettivamente in Senegal e in Benin riscontrarono un aumento della mortalità nei bambini vaccinati con la trivalente DTP e studi caso-controllo condotti in Benin e in Brasile trovarono che la vaccinazione BCG era associata con una migliore sopravvivenza.

Per spiegare questi risultati ci sono vari studi che attribuiscono il risultato ad un effetto non specifico dei vaccini stessi. Infatti, sappiamo che il vaccino BCG viene comunemente usato per stimolare il sistema immunitario in alcune patologie, incluse quelle neoplastiche. In questi ultimi anni gli studi immunologici ci hanno anche insegnato molto bene che **la vaccinazione BCG in neonati è associata con una stimolazione della risposta immunitaria di tipo Th1 ed è quindi logico ipotizzare che la vaccinazione BCG e antimorbillosa abbiano indotto una protezione aspecifica contro altre infezioni**. I bambini della Guinea-Bissau vaccinati invece con la DTP e con l'antipolio risultarono più allergici di quelli non vaccinati e questo **può dipendere dal fatto che questi vaccini, ma anche l'idrossido di alluminio che essi stessi contengono come adiuvante, sono dei forti attivatori della risposta immunitaria di tipo Th2 che, quando viene iperattivata, induce patologie allergiche.**

Va comunque detto, come sostengono gli stessi Autori dello studio della GuineaBissau, che questi effetti, addirittura con aumento della mortalità dei vaccinati con il trivalente DTP e con l'antipolio, si riscontrano prevalentemente in Paesi poveri con un'alta mortalità infantile, dove i vaccini (a seconda se sono formati da virus vivi attenuati o da germi morti o frazioni di germi oppure a seconda della loro composizione in metalli tossici e a seconda del grado di immunodepressione per cattive condizioni igienico-alimentari dell'organismo che li riceve) possono causare delle patologie che conseguono ad una eccessiva stimolazione della risposta immunitaria di tipo Th1 o Th2. **Nei Paesi industrializzati**, invece, le reazioni così gravi come la morte sono sicuramente molto rare, perché **i bambini vivono in condizioni igieniche migliori e hanno quindi un sistema immunitario relativamente più forte, ma ciò non toglie che sono ovviamente possibili effetti indesiderati sicuramente fortemente patologici.**

Per quanto riguarda le vaccinazioni dei Paesi del Terzo Mondo, gli Autori e molti altri che hanno poi scritto al *British Medical Journal* nella polemica che è scaturita dopo la pubblicazione di questo studio, hanno sottolineato che **sarebbe da usare più prudenza nelle campagne vaccinali, perché bisogna considerare anche gli effetti non-specifici dei vaccini e in particolare gli effetti che questi svolgono sulla risposta immunitaria Th1/Th2** (che, a mio personale avviso, dovrebbe essere routinariamente indagata prima e dopo la vaccinazione). Infatti, un ennesimo studio

condotto da Peter Aaby e Colleghi e pubblicato nel 1993 aveva dimostrato che l'uso di un nuovo vaccino antimorbilloso che induceva un più alto titolo anticorpale nei vaccinati, invece di ridurre la mortalità la aumentava nettamente.

IL PROBLEMA DELLA VACCINAZIONE TRIVALENTE DTP

Nel 1998, la rivista *Pediatrics* ha pubblicato **un elenco dei farmaci che più spesso avevano reso necessario il ricovero di bambini in terapia intensiva**. Ebbene, **il vaccino trivalente DTP (antidifterico-antitetanico-antipertossico) era al settimo posto!**

Abbiamo già accennato alla pericolosità del vaccino DTP + l'antiemofilo B in bambini prematuri che sono risultati a rischio di apnea grave e pericolosa per la vita dopo la vaccinazione, ma **il vaccino DTP è ritenuto pericoloso anche perché può causare danni neurologici** (paralisi di origine cerebrale e autismo), **similmente al vaccino MPR** (antimorbilloso-antiparotitico-antirosolia).

Comunque, che il vaccino DTP possa causare danni cerebrali cronici, come l'*encefalopatia cronica*, è un dato accettato anche dai CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*).

Abbondanti sono poi gli studi in letteratura che dimostrano **la correlazione tra vaccino DTP e allergie**, nel senso che **il vaccino DTP e quello antitetanico da solo sembrano aumentare le allergie e i sintomi respiratori ad esse correlati nei bambini e negli adolescenti**.

Un interessante studio giapponese ha anche dimostrato che l'incidenza di allergie è nettamente superiore nei bambini vaccinati con la trivalente DTP rispetto a quelli non vaccinati:

Tab. 67 – **Incremento dell'incidenza delle malattie allergiche in 143 bambini suddivisi in vaccinati con DTP e non vaccinati**.

Tipo di patologia	Bambini non vaccinati	Bambini vaccinati con DTP
Asma bronchiale	2.3%	25.6%
Dermatite atopica	2,3%	18,0%
***Totale di**: dermatite + asma + rinite*	9,3%	56,4%

IL PROBLEMA DELLA VACCINAZIONE ESAVALENTE

È noto che le vaccinazioni polivalenti sono state pensate sia per aumentare da parte della gente l'accettazione delle vaccinazioni riducendo il numero degli inoculi, sia

per aumentare i guadagni dell'Industria Farmaceutica (in realtà, quest'ultimo punto rappresenta la vera motivazione profonda, perché il primo punto è propedeutico al secondo).

I primi due vaccini esavalenti (*Hexavac* e *Infanrix Hexa*) sono stati commercializzati per la prima volta in Europa nell'ottobre 2000 e fino all'aprile 2003 sono state vendute circa 9 milioni di confezioni.

Nel 2000 sono stati pubblicati i dati dell'*Hexavalent Study Group* che ha comparato in modo randomizzato l'immunogenicità e la tollerabilità di un vaccino esavalente (contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B ed emofilo di tipo B) confrontandole con quelle di un'associazione costituita da un vaccino pentavalente (contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite ed emofilo di tipo B) e dal vaccino antiepatitico B somministrati separatamente durante la stessa seduta vaccinale in 2 gruppi di circa 420 soggetti L'incidenza degli effetti indesiderati (registrati però solo per le prime 72 ore dalla vaccinazione) fu maggiore nel gruppo di soggetti vaccinati con l'esavalente:

— *almeno una reazione locale nel sito di inoculazione*: vaccino esavalente 20% dei soggetti; vaccino pentavalente 16%; solo vaccino antiepatitico B 3,8%;

— *almeno una reazione sistemica*: **vaccino esavalente 46%**; vaccino pentavalente + antiepatitico B 42%.

Faccio notare che le modeste differenze dipendono dal fatto che anche il vaccino pentavalente + l'antiepatitico B consisteva in 6 vaccini somministrati nella stessa seduta vaccinale.

Non sarebbe stato più logico e interessante confrontare un gruppo a cui era stata eseguita la vaccinazione esavalente con un gruppo che aveva ricevuto gli stessi vaccini in monosomministrazione e quindi in tempi separati tra loro?

Ma probabilmente in questo modo le differenze tra i due gruppi sarebbero state troppo marcate e a sfavore dell'esavalente?

Tab. 68 – **Percentuale degli effetti indesiderati sistemici manifestatisi entro 72 ore dalla somministrazione di un vaccino esavalente liquido (*Hexavac*) o della somministrazione contemporanea ma in siti diversi di un vaccino pentavalente (*Pentavac*) e di un vaccino antiepatitico B (*Hepatitis B Vax II*) a bambini di 2, 4 e 6 mesi di età (immunizzazione primaria).**

Effetti indesiderati	Hexavac				Pentavac + Hepatitis B Vax II			
	1^a **dose**	2^a **dose**	3^a **dose**	**tutte(*)**	1^a **dose**	2^a **dose**	3^a **dose**	**tutte(*)**
Qualsiasi effetto indesiderato sistemico	51,3 (**)	47,1	38,3	45,7	44,6	42,3	39,6	42,2
Febbre < 38,0°C	6,9	19,3	17,9	14,7	4,7	17,2	21,8	14,5
Febbre 38,0-38,9°C	6,4	17,9	14,4	12,8	4,2	17,0	18,0	18,0
Febbre 39,0-39,9°C	0,5	1,4	3,6	1,8	0,2	0,24	3,4	1,3
Febbre > 40,0°C	0	0	0	0	0,2	0	0,5	0,2
Sonnolenza	16,8	9,5	7,7	11,3	14,4	9,3	6,0	9,9
Irritabilità, grida inusuali	33,1	26,9	20,6	26,9	28,8	22,7	19,7	23,7
Pianto inconsolabile per più di 3 ore	0,2	0,2	0,2	0,24	0	0	0	0
Vomito/diaarrea	7,3	5,7	5,0	6,0	6,8	4,3	6,5	5,9
Insonnia	6,1	5,2	3,1	4,8	4,5	4,1	5,0	4,5
Perdita dell'appetito	13,0	8,3	6,5	9,3	9,2	9,1	7,4	8,6
Altri effetti (***) indesiderati sistemici	4,3	5,0	7,7	5,6	3,8	4,1	6,2	4,7

(*) Almeno una reazione per qualcuna delle 3 dosi primarie.
(**) Statisticamente significativo tra i gruppi.
(***)In genere disturbi pediatrici minori (per esempio disturbi respiratori o gastro-intestinali).

La tabella suddetta riporta dettagliatamente questi effetti evidenziando l'interessante rilievo che **più i vaccini sono combinati, più sono lesivi per l'organismo** (ciò vale anche se il confronto viene fatto addirittura con gli stessi vaccini inoculati in siti diversi, ma sempre nella stessa seduta vaccinale).

Questa tabella rileva poi che **i disturbi maggiori si evidenziano con la prima dose di vaccino**, mentre successivamente compare una specie di adattamento dell'organismo, e poi dimostra che la tollerabilità di questi vaccini, in grande contrasto con quanto viene reclamizzato in genere dai Servizi di Igiene Pubblica, è tutt'altro che trascurabile: in questo studio si è giunti ad ***un 51.3 di effetti indesiderati sistemici.***

Di questo studio, come della maggior parte degli studi sperimentali eseguiti sui vaccini, vorrei anche sottolineare che la maggior parte delle osservazioni sono state fatte solo nelle prime 72 ore dalla vaccinazione **perdendo così tutti i danni tardivi che, in genere, sono anche quelli più gravi.**

Che senso ha comportarsi in questo modo se non c'è una volontà specifica e determinata a voler registrare solo gli effetti più comuni e immediati delle vaccinazioni?

LA MORTALITÀ PEDIATRICA DA VACCINO ESAVALENTE

Dato che *alcuni* sostengono che non esiste alcuna dimostrazione scientifica che la somministrazione contemporanea di più vaccini nei neonati determini reazioni avverse di rilievo, ricordo che sulla mortalità da vaccini polivalenti registrata in questi ultimi anni dal VAERS (*Vaccine Adverse Event Reporting System*), sui cui dati si basano sia la FDA (*Food and Drug Administration*) che i CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) per condurre le loro indagini epidemiologiche, sono state eseguite due ricerche:

— *The 2005 VAERS Search* è uno studio che riguarda neonati sotto i 6 mesi di vita che avevano ricevuto 5, 6 o 7 vaccini simultaneamente (comprende neonati che hanno ricevuto solo il 1° e/o il 2° inoculo vaccinale) e fu condotto sui dati dei primi 11 mesi del 2005 (dall'1.1.2005 al 30.11.2005);

— *The 2007 VAERS Search* è uno studio che riguarda neonati con le stesse caratteristiche del precedente e fu condotto sui dati dei primi 10 mesi del 2007 (dall'10.1.2007 all'8.10.2007):

Tab. 69 – **Sintesi dei risultati emersi da due studi eseguiti sui dati VAERS del 2005 e del 2007**.

	The 2005 VAERS Search	**The 2007 VAERS Search**
Intervallo temporale	1.1.05 - 30.11.05	10.1.07 - 8.10.07
Effetti indesiderati riportati	659	?
Effetti indesiderati da vaccino eptavalente (*)	486 (74%)	?
Mortalità totale	31	37
Mortalità da vaccino eptavalente	28 (90%)	36 (97%)
Intervallo tra vaccino e morte:		
– entro 24 ore	15 (48%)	21 (64%)
– entro 2 giorni	19	
– entro 3 giorni	21	
– entro 4 giorni	24	
– entro 5 giorni	25	
– entro 6 giorni	29 (93%)	31 (84%)
– non riportato	(2)	
Maggior frequenza di mortalità	Nei neonati che hanno ricevuto il 1° inoculo vaccinale (21/31)	?
Diagnosi di morte	SIDS: 10 (32%) Convulsioni: 45 Apnea: 22 Encefalopatia: 2	SIDS: 12 (32%) Edema cerebrale, encefalopatia, coagulopatie, patologie cardiache e/o polmonari, apnee, . . .

(*) (*difterite + tetano + pertosse + epatite B + polio + emofilo B + pneumococco C*)

Ricordo che **il VAERS è un sistema di farmacovigilanza passiva** e che, proprio per questo, **le sue statistiche sono ritenute sottostimate** di un fattore che oscilla da 100 a 1000 rispetto ai dati che emergerebbero da studi di farmacovigilanza attiva, studi però che, proprio per il fatto che l'85% della ricerca mondiale è nelle mani dell'Industria Farmaceutica, praticamente non vengono effettuati.

Dai dati di questi studi emerge che ogni anno negli USA, dopo la somministrazione dei soli vaccini multivalenti con più di 5 componenti:

— vengono segnalati (passivamente) circa 35-40 eventi mortali;

— la quasi totalità di questi eventi (90-97%) è causata dal vaccino eptavalente;

— l'intervallo tra la somministrazione del vaccino e la morte del neonato nel 5O-65% dei casi è di meno di 24 ore e nell'84-93% è meno di 6 giorni;

— la maggior frequenza di mortalità (68%) si manifesta nei neonati che hanno ricevuto il 1° inoculo vaccinale;

— le diagnosi terminali che sono state attribuite a questi bambini comprendevano sindrome della morte improvvisa in culla, patologie cardiorespiratorie, patologie neurologiche e, coagulopatie.

Uno studio condotto invece complessivamente su tutte le segnalazioni giunte passivamente al VAERS in circa 4 anni (dal 21.7.2003 al 30.9.2007) suddivise per gruppo di vaccini e riportante i dati di mortalità disponibili dalla prima commercializzazione di questi farmaci evidenzia risultati simili:

Tab. 70 – **Sintesi di tutte le segnalazioni giunte passivamente al VAERS dal 21.7.2003 al 30.9.2007 suddivise per gruppo di vaccini.**

	Antiemofilo	**Antipneumococcico**	***Pentavalente*** (*)
Inizio della registrazione (data di commercializzazione USA)	1990	2000	2003
Effetti indesiderati	16.761	7.186	2.590
Effetti/anno	circa 960	circa 960	circa 575
N° di prematuri	228	90	37
Ospedalizzazioni	2.791 (17%)	1.301 (18%)	491 (19%)
Mortalità	964 (5,8%)	388 (5,4%)	137 (5,3%)
Diagnosi di morte per:			
– SIDS	565 (58,6%)	150 (38,6%)	38 (27,7%)
– Apnea	709	246	70
– Arresto cardiaco	223	82	40
– Attacco patologico non definito	261	211	82
– Convulsioni	22	189	5

(*) (anti: *difterite + tetano + pertosse + epatite B + polio*)

Anche da questo studio è emerso che **questi vaccini causano dei danni** che, tra tutte le segnalazioni giunte passivamente al VAERS, **si traducono in un 17-19% di ospedalizzazioni e un 5,3-5,8% di mortalità**.

Infine, è importante segnalare che **la diagnosi terminale con cui si tenta di giustificare la morte di questi neonati è molto generica:**

— *sindrome della morte improvvisa in culla* (SIDS), cioè **una diagnosi che esprime chiaramente tutta la nostra ignoranza su quanto è accaduto veramente nel bambino**;

— *apnea*, cioè una diagnosi obiettiva molto superficiale, perché **non dice nulla sul perché ad un certo punto il bambino smette di respirare**;

— *arresto cardiaco*, cioè **una diagnosi che va sempre bene perché è ovvio che in tutte le morti alla fine il cuore smette di battere**;

— *convulsioni*, una diagnosi obiettiva che **registra un evento evidente senza però spiegarlo**;

— *attacco patologico non definito*, cioè una diagnosi almeno "umile" perché **esprime l'incapacità del medico di capire il motivo che ha causato il decesso** (una diagnosi inoltre che, dai dati emersi, pare essere **molto frequente in questi casi**).

Un altro punto molto interessante che emerge dallo studio di questi dati è l'evoluzione delle diagnosi perché si può dedurre che con i vaccini più recenti, e quindi anche in un tempo più recente, si assiste ad una diminuzione delle *diagnosi di comodo* come la SIDS e ad un aumento invece delle diagnosi che esprimono umiltà e ignoranza come l'*attacco patologico non definito*. Pertanto, se vogliamo a tutti i costi leggere questi dati tragici con un po' di ottimismo, si può dire che forse i medici iniziano a chiedersi cosa può accadere di così drammatico da portare a morte un neonato poche ore o giorni dopo la vaccinazione.

A proposito di danni gravi, va detto che nel 2004 sono stati segnalati alcuni casi di **morte improvvisa in bambini sani che nelle 24 ore precedenti avevano ricevuto il vaccino esavalente**. A commento di tale segnalazione, il nostro Ministero della Salute aveva pubblicato la seguente nota:

"L'Agenzia europea per la valutazione dei medicinali (EMEA) e il suo comitato scientifico (CPMP) hanno rivalutato la sicurezza dei vaccini esavalenti autorizzati con procedura centralizzata (*Hexavac* e *Infanrix Hexa*), a seguito di cinque segnalazioni di morte occorsa in bambini entro 24 ore dalla vaccinazione con un vaccino esavalente. In realtà, non è ancora possibile stabilire alcuna associazione di causa ed effetto tra le morti verificatesi e l'utilizzo di vaccini esavalenti. Infatti, il CPMP ha concluso che per il momento il profilo beneficio/rischio di questi vaccini non cambia e non raccomanda alcuna modifica alle attuali condizioni d'uso. Del resto, le cinque segnalazioni sono pervenute in un arco di tempo di due anni e mezzo, nel corso del quale sarebbero state usate nel mondo 8,7 milioni di dosi di questo vaccino, corrispondenti alla vaccinazione di circa 3 milioni di bambini.
Attualmente, *Hexavac* e *Infanrix Hexa* rimangono i soli vaccini esavalenti autorizzati nell'Unione Europea perché capaci di esercitare protezione nei confronti di difterite, tetano, poliomielite, pertosse, epatite B e malattia da *Haemophilus influenzae B* e i cui benefici, sia per i bambini sia per la popolazione generale, sono di gran lunga superiori ai possibili rischi legati all'uso di questi vaccini.

Il CPMP continuerà, comunque, a monitorare attentamente questi prodotti alla luce di qualsiasi nuova informazione dovesse rendersi disponibile. Per un maggiore approfondimento in merito a questo argomento si consiglia di consultare le FAQ disponibili sul sito internet di questo Ministero all'indirizzo:
http://www.ministerosalute.it/medicinali/resources/documenti/note informative/fac vaccini.doc".

Quindi, in conclusione, cari genitori, potete stare tranquilli, perché la probabilità che vostro figlio possa morire dopo la somministrazione del vaccino esavalente è molto bassa e in ogni caso se dovesse accadere dovete sapere che qualche altro bambino del mondo è stato aiutato grazie a questo vaccino!

Comunque, si può stare tranquilli anche per la pubblicazione di due nuovi studi nel 2006:

— uno ha documentato la morte improvvisa di 6 bambini entro 48 ore dalla somministrazione della vaccinazione esavalente (la stessa che viene tuttora eseguita in Italia);

— uno è uno studio milanese pubblicato dal gruppo del Prof. Matturri che ha documentato **la morte di un bambino di 3 mesi addirittura dopo solo un'ora dalla somministrazione del vaccino esavalente.**

Ma possiamo stare tranquilli anche per il fatto che il vaccino esavalente *Hexavac*, nonostante quanto aveva scritto il nostro Ministero della Salute, è stato definitivamente ritirato dal commercio il 21 settembre 2005.

Sì, possiamo veramente stare tranquilli, specie anche perché **l'altro vaccino esavalente (*Infanrix Hexa*) rimane in commercio e viene somministrato a circa mezzo milione di neonati italiani ogni anno pur avendo la stessa composizione antigenica dell'*Hexavac* che è stato ritirato**!

Noi medici possiamo cercare di tranquillizzare i genitori e dire loro che tutto quello che accade ai loro figli con danni da vaccini è "un caso", ma io vorrei che fosse qualche rappresentante del Ministero o delle Ditte Farmaceutiche ad andare **a rassicurare di questo i genitori di quei bambini morti che però fino ad un istante prima della vaccinazione erano sani e felici**.

Comunque, il nostro Ministero della Salute ci dice che ci potrebbe consolare un po' il fatto che nel mondo, dal 2003 al 2007 sono stati vaccinati con l'esavalente circa 6-7 milioni di bambini e sono pervenute solo una decina di segnalazioni di morti neonatali. La cosa però non convince molto perché i dati emersi dagli studi VAERS che abbiamo commentato poco sopra dimostrano che **nei soli Stati Uniti** e solamente come dati di segnalazioni spontanee che sappiamo essere sottostimate di un fattore da varia da 100 a 1000 volte, **vengono documentati circa 35-40 morti all'anno per questi vaccini multivalenti**. Com'è possibile allora che a noi dicano che in tutto il mondo ne avvengano circa una decina in 4 anni?

La mia esperienza conta ben poco, ma **solo nella provincia di Padova in questi ultimi anni io sono venuto a conoscenza di 3 morti neonatali dopo la somministrazione dell'esavalente** e il Prof Matturri di Milano, che è il referente nazionale per il Ministero delle "morti in culla" e al quale per legge dovrebbero giungere tutte le segnalazioni di questo tipo, **nel 2006** ha detto che **ha raccolto circa 200 casi.**

Probabilmente c'è qualche perdita di dati.

A livello sociale può essere anche corretto tranquillizzare l'opinione pubblica, ma a livello scientifico?

Tab. 71 **– Il *mistero* epidemiologico delle morti da vaccino multivalente**.

Anno	**Fonte**	**Popolazione riferimento**	**Periodo**	**N. dosi somministr.**	**N. morti totali**	**N. morti annui**	**Incidenza annua** (*)
2001-04	Istituto di Medicina Legale	Monaco	4 anni	?	6	1,5	?
2004	EMEA/CMP	mondo	2,5 anni	3 milioni	5	2	1 ogni 600.000
2003-07	estrapolazione del Ministero della Salute	mondo	5 anni	6-7 milioni?	circa 10	2	1 ogni 650.000
2003-07	VAERS	USA	4 anni	4 milioni?	137	34	1 ogni 30.000
2004-08	VAERS	USA	4,5 anni	4,5 milioni?	175	39	1 ogni 30.000
2005	VAERS	USA	11 mesi	1 milione?	28	30	1 ogni 36.000
2007	VAERS	USA	10 mesi	1 milione?	36	43	1 ogni 28.000
2006	Matturri (Mi)	Italia	?	?	200	?	?

(*) *L'incidenza annua nei vaccinati: ottenuto dal n. delle dosi somministrate diviso il periodo diviso il n. di dosi all'anno.*

Il commento a questi dati è che quelli che provengono dall'EMEA e dalle estrapolazioni teoriche del nostro Ministero sono molto aleatori e quindi totalmente inaffidabili perché si basano solo su alcune segnalazioni che si sono imposte sulle altre perché hanno fatto scalpore e sono state pubblicamente denunciate (quindi non si poteva tacerle).

I dati emersi dai registri del VAERS sono molto omogenei tra loro, e sappiamo che sono cifre universalmente accettate e considerate verosimili ma sottostimate. Comunque, se anche fossero vere, significherebbe che **ogni anno muore un bambino ogni 30.000 che ricevono il vaccino esavalente** o eptavalente. In pratica, dato che in Italia nascono circa 550.000 bambini all'anno, significherebbe che c'è una mortalità neonatale annua di 18 bambini in seguito alle vaccinazioni obbligatorie.

Se poi consideriamo che nella provincia di Padova nel 2007 io sono venuto a conoscenza (per motivi giuridici) di 2 decessi di questo tipo, *si può facilmente intuire che 18 morti/anno, per l'intera nazione italiana, sono veramente una cifra molto sottostimata*.

Credo che la nostra Scienza Medica dovrebbe avere il coraggio di guardare in faccia la realtà e non nascondersi dietro dati statistici (talvolta molto relativi e variamente interpretabili) e dietro la negazione di ogni fatto concreto solo perché ha una bassa incidenza o, peggio ancora, perché disturba gli interessi o il prestigio o il potere di qualcuno.

Il buon senso mi induce a credere che **se un farmaco uccide un bambino in 24 ore, anche se uccidesse solo un individuo ogni milione di soggetti, significa che ha la capacità di uccidere** e credo che noi tutti non dovremmo restare indifferenti solo perché la mortalità non è ancora sufficientemente alta.

Quindi, se un bambino muore per un vaccino, significa che quel vaccino reca dei danni e siccome **non è sensato pensare che un farmaco possa uccidere un soggetto ed essere totalmente innocuo in un altro**, come medici penso che abbiamo le conoscenze sufficienti per ritenere che quel vaccino (come tutti i farmaci) abbia sempre una sua tossicità intrinseca, anche se questa si manifesta gravemente in alcuni e meno gravemente in altri.

Invece di allarmarsi solo quando la mortalità acquista valori numericamente "più preoccupanti", credo che la Comunità Scientifica dovrebbe sentirsi in dovere di capire perché qualcuno si ammala o muore per dei vaccini e non preoccuparsi solo di anestetizzare l'opinione pubblica dicendo che "i vaccini sono innocui e sicuri" solo per salvaguardare il prestigio/potere personale e gli interessi economici delle multinazionali farmaceutiche.

Dovremmo quindi ricercare la causa del danno vaccinale in modo da poterlo rimuovere. Nella pratica, però, la ricerca sui vaccini è solo unilaterale, perché è finanziata essenzialmente dalla Ditte produttrici, che però sono motivate solo da quelle azioni che permettono alla loro attività commerciale di espandersi.

Pochi anni fa è stato rapidamente tolto dal commercio un ipocolesterolemizzante (la *cerivastatina*, della ditta Bayer) che aveva causato la morte di alcuni soggetti perché era stato erroneamente assunto insieme ad un altro farmaco (un fibrato). La pericolosità della *cerivastatina* era molto relativa, perché bastava non associarla a certe altre molecole (particolarità che contraddistingue molti farmaci), ma la campagna pubblicitaria contro questa molecola (sobillata, tra l'altro, da un'altra Ditta Farmaceutica concorrente della Bayer che commercializza un altro ipocolesterolemizzante) fu organizzata così bene e sensibilizzò l'opinione pubblica attraverso un massiccio intervento dei mass-media al punto da sospendere la commercializzazione della *cerivastatina*.

Le morti dirette causate dai vaccini sono state finora molto maggiori di quelle della *cerivastatina* e i danni indiretti sono addirittura innumerabili, ma nessuno

guadagna nulla ad andare contro i vaccini (anzi, sarebbe sicuramente controproducente) e quindi le cose non cambiano e la Scienza ha mille scuse per dire che non ci sono mai prove sufficienti per dimostrare inequivocabilmente che i vaccini sono dannosi.

Allo stato attuale, quindi, servono molto relativamente i congressi medici o le sperimentazioni multicentriche controllate, perché il più delle volte cadono nel dimenticatoio.

Oggi, una opposizione significativa può venire solo da una ribellione che parta dalla "base", ma in questo caso, affinché conti, deve essere numericamente rilevante.

È per questo che, dato che il beneficio del vaccino esavalente pare essere solo una maggiore comodità per i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e forse per i genitori che perdono in questo modo un po' meno tempo, mentre i sospetti di danno sembrano essere rilevanti, **io personalmente preferirei evitare tali rischi e abolirei questa vaccinazione finché la Comunità Scientifica non si preoccuperà di eseguire studi clinici longitudinali controllati su questa pratica vaccinale chiarendo il suo reale rapporto rischio/beneficio**.

Per avvalorare ulteriormente quello che abbiamo detto finora, vorrei segnalare anche un recente (aprile 2005) studio italiano in cui si riportano i dati di **8 bambini giunti al Pronto Soccorso dell'Ospedale di una grande città italiana (Napoli) dopo aver ricevuto il vaccino esavalente**. Gli Autori dello studio segnalano che gli effetti indesiderati lamentati dagli 8 bambini rientravano nell'elenco degli effetti che sono già stati ampiamente riportati e catalogati nella letteratura scientifica di questi vaccini (cfr *Med-Line*), però non sono stati minimamente segnalati nel *bugiardino* della specialità commerciale in oggetto (*Hexavac* della Ditta *Aventis-Pasteur*) e quindi i medici (!) e i genitori dei bambini vaccinati non hanno certamente tutte le necessarie informazioni scientifiche per portare avanti consapevolmente una adeguata campagna vaccinale.

Meno di un mese dopo, il 10 maggio 2005, viene pubblicato online uno studio tedesco dell'Istituto di Medicina Legale di Monaco che rileva (dal 2001 al 2004) 6 morti in bambini che entro 48 ore prima avevano ricevuto il vaccino esavalente.

Eppure, la letteratura riporta molti studi che garantiscono che questo vaccino è efficace e sicuro!

Quattro mesi dopo la pubblicazione dello studio tedesco, l'Europa sospende la commercializzazione del vaccino esavalente *Hexavac* della ditta *Sanofi Pasteur MSD*, però la motivazione pubblica del ritiro non si riferisce ai danni del vaccino ma "*poiché è stata rilevata una variabilità nel processo di produzione che potrebbe attenuare la capacità del vaccino di indurre una risposta anticorpale a lungo termine contro l'epatite B*".

Qual è la verità?

E, meglio ancora: possiamo fidarci di somministrare ai nostri figli i vaccini che ci offrono e che ci garantiscono che "sono efficaci e sicuri"?

Da parte mia **io sono già giunto ad una mia decisione**, ma credo sia bene che ognuno, dopo una adeguata informazione, faccia quello che sente meglio nel suo cuore.

Per quanto riguarda i sintomi pre-mortali dei neonati deceduti in seguito alla somministrazione del vaccino esavalente, vengono riportasti sintomi molto aspecifci (astenia, perdita dell'appetito, febbre in genere superiore ai 39°C, agitazione, insonnia), ma quasi sempre correlabili ad uno stato di flogosi generalizzata. Infatti, le alterazioni neuropatologiche e istologiche, riscontrate in seguito all'autopsia, evidenziano quasi sempre uno o più dei seguenti reperti:
– congestione acuta di uno o più parenchimi, con frequente quadro di edema cerebrale;
– alterazioni della barriera ematoencefalica;
– infiltrazione linfocitaria e macrofagica (anche modesta) delle meningi e di alcuni distretti cerebrali;
– infiltrazione linfocitaria perivascolare;
– infiltrazione linfocitaria e granulocitaria dei principali organi (polmoni, fegato, ecc.), con infiltrazione linfocitaria e granulocitaria eosinofila del sito di inoculazione del vaccino;
– incremento della concentrazione plasmatica della triptasi mastocitaria (che è *un importante indicatore delle reazioni anafilattiche*, che **si ritrova facilmente in caso di morte improvvisa in culla** e che comunque si differenzia dalla diatesi atopica perché in quest'ultimo caso ci sarebbe anche un aumento della concentrazione delle IgE, che invece non sono alterate nel danno da vaccini; l'aumento dei granulociti eosinofili e l'aumento della triptasi avvalora l'ipotesi di una *reazione anafilattica* causata dalla vaccinazione, anche nel caso la reazione anafilattica si manifesti più lentamente rispetto ai brevissimi tempi canonici a causa di un danno della capacità reattiva del sistema immunitario infantile).

Sappiamo che il vaccino antipertossico può indurre una encefalopatia che si associa sempre a congestione ed edema cerebrale, ma senza un rilevante infiltrato infiammatorio.

La vaccinazione trivalente DTP (antidiftericaantitetanicaantipertossica), invece, sembra indurre preferenzialmente un'ipertensione intracranica benigna che si esprime con aumento del peso cerebrale come conseguenza di edema e iperemia cerebrale.

Nel luglio 2008 ho provato a cercare nella banca dati del VAERS le segnalazioni di bambini sotto i 6 mesi di vita che erano morti dopo una vaccinazione multipla (più

di 5 vaccini inoculati contemporaneamente) e ho trovato dei dati che confermano tutto quello che abbiamo finora detto.

Tab. 72 – **Mortalità pediatrica di bambini di 0-6 mesi che sono stati vaccinati con almeno 5 vaccini contemporanei** (dati del VAERS dall'1.1.2004 al 30.6.2008).

	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Mortalità (numero di mesi)	30 (12)	28 (12)	30 (12)	51 (12)	32 (6)
N. di morti in base al n. di vaccini inoculati:					
5 vaccini (difterite, tetano, pertosse,epatite B, poliomielite)	1	0	0	0	0
6 vaccini (precedenti + emofilo o 0 pneumococco)	1	1	0	1	0
7 vaccini (i primi 5 + emofilo + pneumococco o rotavirus*)	28	26	29	21	15
8 vaccini (i primi 5 + emofilo + pneumococco + rotavirus*)	0	1	1	29	17

omissis

*: *il vaccino contro il Rotavirus ha cominciato ad essere somministrato a partire dal novembre 2006.*

Tab. 73 – **Cause di morte nei bambini di 06 mesi deceduti in seguito ad una vaccinazione eseguita con almeno 5 vaccini** (dati del VAERS dall'1.1.2004 al 30.6.2008).

omissis

Sono state spontaneamente riportate ben 175 morti di bambini di 0-6 mesi nel periodo 1.1.2004-30.6.2008, cioè in 4,5 anni (la mortalità media è di 39 bambini/anno negli USA, solo secondo i dati pubblicati dal VAERS che ricordo essere un sistema di farmacovigilanza passiva e quindi con **dati enormemente sottostimati**).

La Tab. 72 raggruppa i dati in base all'anno di rivelazione e al numero di vaccini inoculati.

Inoltre, se sullo stesso intervallo temporale e sullo stesso gruppo di soggetti analizziamo anche le cause di morte certe o presunte così come sono state dichiarate dai medici che hanno diagnosticato il decesso e che hanno fatto la segnalazione al VAERS, emergono i rilievi della Tab. 73.

Dallo studio di questa tabella emerge evidente che la maggior parte (40-50%) delle morti registrate spontaneamente dai medici americani nel VAERS e avvenute

dopo una vaccinazione eseguita con 5 o più vaccini in bambini di 1-6 mesi di vita nel periodo che va dall'1.1.2004 al 30.6.2008 è stata **causata da cause sconosciute** (*questa diagnosi viene posta in media* ***nel 48,5% dei casi*** *riportati*).

È palese che **una diagnosi di questo tipo non ha senso ed esprime solo la nostra ignoranza in questa materia**, ma esprime inequivocabilmente anche che **i vaccini possono uccidere** (ovviamente in casi rari rispetto al numero delle vaccinazioni eseguite in tutti gli USA) e che **il rischio di morte è tanto maggiore quanto numerosi sono i vaccini somministrati nella stessa seduta vaccinale**.

Un altro importante dato che emerge altrettanto evidente è che **la mortalità sembra essere più frequente entro le prime 24 ore dalla vaccinazione** (circa il 30-40%), sembra essere del 70-80% entro la prima settimana dalla vaccinazione, ma può avvenire anche 25, 30 e addirittura dopo 42 giorni dalla vaccinazione.

Ho volontariamente usato il termine "sembra essere" perché non dobbiamo dimenticare che questi dati provengono dal VAERS e cioè da un registro di farmacovigilanza passiva che, come è ampiamente noto e come abbiamo dimostrato in un'altra parte di questo libro, corrisponde a circa una millesima parte dei casi reali. Ora, essendo questi dei casi mortali, è presumibile che le segnalazioni eseguite dai medici americani siano un po' più vicine alle realtà di altre patologie meno gravi, ma se anche questi dati corrispondessero solo ad una centesima o ad una decima parte della realtà sarebbero ugualmente **rilievi di gravissima entità** e indicherebbero chiaramente che i vaccini pediatrici somministrati in alto numero a neonati possono essere veramente pericolosi.

In ogni caso, indipendentemente dall'entità del rischio, non va scordato che, per un trattamento neonatale preventivo, come le vaccinazioni pediatriche vorrebbero realmente essere, un rischio di mortalità, per quanto piccolo, è sempre inaccettabile. Inoltre, non scordiamo che:

"*QUANDO UN DANNO COLPISCE TE O TUO FIGLIO,*
SIGNIFICA CHE PER TE
IL RISCHIO DI QUELL EVENTO ERA DEL lOO%[6]"

Ritornando all'esame dell'ultima suddetta tabella, si può osservare che oltre alle cause "sconosciute", le principali cause di morte sono quelle cardiache (prevalentemente aritmie), neurologiche (stupore e coma) e cause infettive (sepsi, virosi gravi, febbri imprecisate, infezioni da svariati germi).

Le infezioni sono risultate particolarmente frequenti anche come patologia associata ad altre patologie più gravi e questo è facilmente comprensibile se si pensa che il vaccino, quando produce effetti così gravi da indurre la morte del ricevente, deve

[6]Ho tradotto in questo modo la seguente espressione utilizzata dal N*ational Vaccine Information Center* (NVIC) di Vienna (www.909shot.com): "When it happens to you or your child the risks are 100%" .

avere necessariamente causato un irreparabile danno immunitario che si ripercuote sempre anche a livello infettivo.

Gli Autori di uno studio tedesco sulla mortalità infantile causata dalla vaccinazione esavalente concludono il loro lavoro con queste parole:

"*Noi sentiamo che è importante informare i medici vaccinatori e i pediatri, così come i genitori dei bambini circa queste possibili complicanze mortali della somministrazione dei vaccini esavalenti. In modo particolare, i medici e i pediatri dovrebbero essere anche informati della possibilità di usare almeno i vaccini pentavalenti che sembrano essere associati ad una minor incidenza di complicazioni. Infine, se un largo uso dei vaccini esavalenti dovesse continuare, dovrebbero essere eseguiti degli studi più esaurienti per confermare o escludere una relazione causale tra la vaccinazione e la morte infantile*".

IL PROBLEMA DELLA SOMMINISTRAZIONE DI MOLTI VACCINI IN ETÀ NEONATALE

Può sembrare assurdo, ma in Italia vengono consigliati circa 40 inoculi vaccinali (considerando tutti i vaccini come se fossero singoli e con i loro richiami), entro i primi 15 anni di vita e **25 di questi vengono somministrati entro i primi 2 anni di vita**, mentre negli Stati Uniti ne vengono consigliati addirittura 48 solamente entro i primi 6 anni.

Nonostante tutto quello che è stato riportato in questo libro, e cioè nonostante **le migliaia di studi scientifici che dimostrano che i vaccini sono pericolosi**, in modo particolare nei bambini piccoli, gli organi sanitari internazionali preposti alla valutazione e scelta delle schede vaccinali per l'età pediatrica (come i CDC di Atlanta), continuano a raccomandare un numero sempre maggiore di vaccinazioni. Eppure, **non esistono prove scientifiche che dimostrino che è sicuro iniettare così tanti vaccini nei bambini: non esistono e nessuno si sogna di cercarle.**

Inoltre, da quando sono iniziate queste vaccinazioni multiple, sono stati registrati innumerevoli patologie pediatriche neurologiche e immunitarie e **i bambini sotto i 10 anni risultano essere sempre più deboli e malati**. Ad esempio, 30-40 anni fa, quando si usavano solo 3-4 tipi di vaccini nell'età pediatrica, le malattie allergiche (come l'asma), autoimmunitarie (come il diabete di I tipo o l'artrite reumatoide) e neurologiche lievi (come il disturbo da deficit di attenzione e iperattività) e gravi (come l'autismo) erano rarissime, mentre ora interessano una percentuale sempre maggiore di bambini.

Ebbene, gli autorevoli CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) non hanno dato il via ad alcuno studio per verificare gli effetti a lungo termine dei vaccini!, ma neppure l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* ci pensa.

Nessuno confronta la qualità di vita e il grado di salute dei vaccinati rispetto i non vaccinati a lungo termine e, commenta il Dr. Donald Miller sul *Washington*

Free Press del gennaio/febbraio 2005:
"*Non ci si ricorda mai di dire che il programma USA di indennizzo ha pagato in questi anni 1,5 miliardi di dollari alle famiglie i cui bambini sono rimasti danneggiati ed esiste una crescente mole di prove secondo cui i vaccini rappresentano un fattore che deteriora la salute dei bambini e secondo cui sarebbe giustificato adottare calendari vaccinali diversi. Inoltre,* ***le nuove conoscenze di neuroimmunologia pongono gravi questioni circa la scelta di iniettare vaccini in bambini con meno di 2 anni di età****. ... Considerando la questione dei vaccini da un punto di vista dei rischi e dei benefici, c'è una crescente mole di evidenze secondo cui il rischio di disordini neurologici e malattie autoimmuni derivanti dalle vaccinazioni supererebbe il beneficio dato dalla prevenzione delle malattie infettive nei bambini. Bisognerebbe inoltre evitare i vaccini a virus vivi (come il trivalente antimorbillosoantiparotiticoantirosolia, l'antipoliomielitico Sabin e il vaccino antivaricella). Quindi,* ***un buon calendario vaccinale dovrebbe prevedere i vaccini dopo i 2 anni di vita e non più di un vaccino ogni 6 mesi, cioè un vaccino alla volta*** *per dare tempo al sistema immunitario di riprendersi e stabilizzarsi tra una somministrazione e l'altra*".

Ci sono molti studi clinici che dimostrano il danno immunitario che deriva dalla somministrazione ripetuta di molti vaccini in età pediatrica:

— Uno studio Ceco del 1993 che, nei bambini con reazioni patologiche dopo la somministrazione di vaccini, ha dimostrato la presenza di bassi livelli di IgA e/o di IgE e ha indotto gli Autori ad affermare che questi bambini soffrono di una ridotta reattività immunitaria indotta dai vaccini.

— Il famoso e già menzionato studio eseguito nella Guinea-Bissau alla fine degli anni '90 che ha dimostrato che la combinazione dei vaccini antidifterico-antitetanico-antipertossico (trivalente DTP) più quello antipoliomielitico ha causato un netto aumento della mortalità nei bambini.

— Lo studio dell'*Hexavalent Study Group* che ha comparato in modo randomizzato l'immunogenicità e la tollerabilità di un vaccino esavalente (contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B ed emofilo di tipo B) contro un'associazione costituita da un vaccino pentavalente (contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite ed emofilo di tipo B) e dal vaccino antiepatitico B somministrati separatamente durante la stessa visita in 2 gruppi dimostrando che l'incidenza degli effetti indesiderati fu maggiore nel gruppo di soggetti vaccinati con l'esavalente.

— Uno studio tedesco ha riscontrato un maggior rischio di paralisi poliomielitica post-vaccinale in bambini ai quali era stato somministrato il vaccino antipoliomielitico orale Sabin contemporaneamente al vaccino antidifterico-antitetanico o al vaccino antidifterico-antitetanico-antipertossico (DTP). Ricordo che **in Italia (ma anche in altri Paesi) questa poliassociazione è routinaria perché è**

comoda ed economica. **Nessuno però ci avvisa che una tale polivaccinazione espone i nostri figli sani ad un maggior rischio di diventare gravemente malati**.

— Un altro studio un po' più vecchio ma molto più accurato è arrivato alla stessa conclusione. In particolare, in questa ricerca sono state indagate le caratteristiche in cui si è svolto uno 'scoppio' di casi di paralisi poliomielitica post-vaccinale in Oman e si è visto che **colpivano sempre la stessa gamba dal cui lato era stato inoculato il vaccino DTP contemporaneamente al vaccino antipoliomielitico o con quest'ultimo inoculato entro i 30 giorni successivi** . Si conclude quindi raccomandando di evitare ogni iniezione di vaccini in soggetti vaccinati contro la poliomielite da meno di 30 giorni e che vivono in un Paese in cui si stanno registrando episodi di paralisi poliomielitica postvaccinale.

— Uno studio rumeno svolto negli anni 1994-95 è giunto alla stessa raccomandazione (terza conferma!) sottolineando che va evitata anche ogni iniezione multipla (non necessaria), perché aumenta nettamente il rischio di paralisi post-vaccinale.

Un recente articolo della Dr.ssa Deirdre IMUS sintetizza questi concetti dicendo che non si capisce perché si continua ad iperimmunizzare i bambini con moltissimi vaccini e relativi dosi di richiamo fin dalla più tenera età, quando sappiamo bene che:

- le malattie naturali e i vaccini forniscono un'immunità per molti anni (più di quello che si immaginava una volta);

- i vaccini contengono mercurio, alluminio e altre sostanze chiaramente dimostrate tossiche; in particolare, il mercurio è ancora contenuto in molti vaccini (per esempio quello antinfluenzale) e, somministrarlo in neonati, significa darlo in quantità numerose volte maggiori di quelle tossiche permesse dalle agenzie di tutela tossicologica; infine, da molti anni si sa che il mercurio è cancerogeno, immunotossico, genotossico, nefrotossico e neurotossico;

- **i veterinari sanno da anni che l'ipervaccinazione di cani e gatti induce molte malattie compreso il cancro, malattie dermatologiche e auricolari, artriti, allergie, diabete, patologie autoimmunitarie e disturbi caratteriali che essi chiamano con il nome di "vaccinosi"** e che hanno visto manifestarsi mesi o anni dopo la vaccinazione e che possono anche indurre patologie nelle generazioni future;

- **i vaccini veterinari americani sono stati privati del mercurio dal 1992**, mentre solo alla fine del 1999 questa sostanza è stata tolta dalla maggior parte dei vaccini pediatrici (non da tutti e comunque non in tutti i Paesi del mondo perché i vaccini per il Terzo Mondo continuano a mantenere la solita dose di mercurio).

La Dr.ssa Deirdre Imus quindi si chiede: *ma allora è proprio vero che gli animali sono trattati meglio dei bambini!*

È MEGLIO CHE OGNI GENITORE RIFLETTA A LUNGO SU QUESTO PUNTO.

17.7 Differenze tra bambini vaccinati e bambini non vaccinati

Fino ad ora non sono state fatte ricerche comparative che confrontino un gruppo di bambini vaccinati con bambini non vaccinati, almeno per quanto riguarda i danni a livello mitocondriale. Non conosco nemmeno l'esistenza di ricerche, sempre comparative, in merito ai danni o ai rischi a lungo termine.

Il motivo della mancanza di questi studi dipende in parte dal fatto che la Ricerca è finanziata quasi totalmente dalle Ditte Farmaceutiche e che queste non sono motivate su questi fronti, ma poi anche perché si partiva da un presupposto sbagliato: si pensava che fosse giusto, indipendentemente da tutto, proteggere la popolazione con la vaccinazione verso quelle che si pensava potessero essere esplosioni catastrofiche di malattie infettive. Invece, come è stato evidenziato dai grafici mostrati nel capitolo 9, **è ormai evidente che già prima dell'introduzione delle vaccinazioni di massa le malattie infettive erano calate in maniera consistente** (certamente non per merito delle vaccinazioni) e sono continuate a calare anche negli anni successivi.

Interessante è stato uno studio condotto in Africa sulla sensibilità verso la malaria verificata in due gruppi di bambini di 9 anni. **I bambini che avevano contratto anche l'influenza o il morbillo avevano un tasso di infezioni di origine parassitaria più basso e anche una densità minore di parassiti della malaria** rispetto il gruppo di controllo dei bambini asintomatici e sempre della stessa età, che non avevano contratto né il morbillo né l'influenza. Ciò significa che **l'infezione virale aveva dato a questi bambini una certa protezione naturale contro l'infezione di malaria.**

Interessante è anche un lavoro di Tove pubblicato nel gennaio 1985 dalla rivista *The Lancet* in cui si dimostra che **l'assenza del morbillo infantile è correlata con una probabilità nell'adulto di avere 13 volte in più il tumore, 10 volte in più danni cartilaginei, 6 volte in più eczemi cutanei e 3 volte in più danni immunitari**.

La Natura ha, per così dire, allenato per milioni di anni il sistema immunitario dell'uomo alla presenza di tutta una serie di agenti patogeni naturali. **L'umanità è sopravvissuta per milioni di anni senza vaccini, senza farmaci, senza antibiotici e le infezioni contratte per via naturale rappresentavano una specie di efficacissima protezione naturale.**

Ora, invece, vengono soppresse le infezioni infantili naturali facendo uso di antibiotici, cortisonici e vaccinazioni e **creando un tale squilibrio e indebolimento immunitario a cui conseguiranno patologie anche gravi nelle fasi di vita successive: sia nella gioventù che nella vecchiaia**.

Ciò non significa che non si possano usare farmaci e vaccini, ma che tutto deve essere fatto dopo molta ponderazione e dopo aver personalizzato ogni trattamento.

Quello che fa male non è l'uso, ma l'abuso o l'uso improprio.

Capitolo 18

DANNI DA COMPONENTI TOSSICOLOGICHE DEI VACCINI

Credo sia ormai a tutti noto che le specialità commerciali dei vaccini in commercio non sono costituite solo dai germi (batterici o virali) o da alcune loro frazioni, perché a questi devono essere SEMPRE associate varie sostanze (genericamente e impropriamente definite 'eccipienti') che possiamo dividere in 4 gruppi:

1. *sostanze disinfettanti*, che servono a mantenere asettico il vaccino (sali di mercurio, formaldeide e/o antibiotici come neomicina, kanamicina, gentamicina, polimixina B);

2. *sostanze adiuvanti* che permettono di stimolare, incrementare e velocizzare la risposta immunitaria dell'organismo al vaccino (sali di alluminio, fosfato di calcio, emulsioni oleose e/o numerosi nuovi composti chimici di recente utilizzo); esse permettono di usare una quantità inferiore di antigene e quindi di ridurre i costi di produzione del vaccino;

3. *sostanze indesiderate ma con effetti prevedibili*, rimaste in soluzione come residuo delle tappe di preparazione del vaccino (terreni di coltura, fattori di crescita, proteine dell'uovo, ecc.);

4. *sostanze ancor più indesiderate e con effetti totalmente imprevedibili* che inquinano il preparato vaccinale (virus, prioni o altre proteine, pezzi di DNA o di RNA, ecc.).

TUTTE QUESTE SOSTANZE hanno una loro tossicità intrinseca, ma, come tutte le sostanze capaci di svolgere un'azione farmacodinamica, la loro tossicità dipende anche dall'individuo che le riceve.

In questo capitolo tratteremo solo alcune di queste sostanze, ma prima di affrontare l'argomento, vorrei ricordare un concetto importante.

Tra i vari danni tossicologici dei vaccini, spicca per gravità quello **neurologico**, anche perché è il più difficile da debellare. Ebbene, *la "Sindrome encefalica acquisita" molto spesso non è altro che la reazione dell'organismo a tossine dannose (mercurio o alluminio), materiale proteico di origine animale e/o virus attenuati* (che hanno una forte propensione ad attaccare i tessuti nervosi).
Nel 1935, il Dr. Thomas Rivers riuscì a produrre un'infiammazione del cervello in scimmie di laboratorio iniettando loro ripetutamente estratti sterili di cervello e di midollo osseo di coniglio: *egli ottenne una vera e propria encefalite da reazione immunologica (allergica) a tessuti estranei.*

Per venire ai soggetti oggetto della nostra attenzione e preoccupazione, cioè ai bambini in generale e ai nostri figli in particolare, non bisogna dimenticare che in età neonatale essi si trovano in uno stadio abbastanza delicato della *mielinizzazione* (cioè della formazione di quel rivestimento esterno delle fibre nervose che è indispensabile per la trasmissione dell'impulso elettrico). La mielinizzazione inizia nel cervelletto durante la vita intrauterina e da lì si estende lentamente alle altre aree del cervello e del sistema nervoso in generale. **Per quanto riguarda gli emisferi e la corteccia cerebrali, la mielinizzazione inizia solo verso gli 8 mesi di vita** (Lurie, 1947). Questo importante processo di maturazione del sistema nervoso prosegue con ritmi diversi e a seconda del distretto neurologico, fin verso il 15-20° anno di vita e in alcune aree la crescita della mielina continua fino al 45° anno.

Ebbene, alla luce di questi dati si potrebbe ipotizzare che l'encefalite post-vaccinica possa essere una delle cause maggiori di turbe dello sviluppo e di difficoltà di apprendimento in conseguenza dell'effetto perturbante che i vaccini (e le sostanze ad esse associate) svolgono sui processi neonatali di mielinizzazione cerebrale.

18.1 Tossicità del mercurio

Il <u>*thimerosal*</u> è un composto mercuriale usato da quasi un secolo come disinfettante cutaneo, come antibatterico nelle soluzioni delle lenti a contatto e nelle gocce oculari; è presente anche in alcuni prodotti anticatarrali usati per via orale (per esempio il "*Lantigen B*") e dagli anni '30 è ancora un componente di alcuni vaccini parenterali. Essendo un composto del mercurio, è stato sempre guardato con sospetto e da molti anni è stato chiesto il suo allontanamento dalle diverse preparazioni commerciali.

18.1.1 Un po’ di storia

Nel passato vi sono state molte tragedie in seguito alla contaminazione dei vaccini; disastri che hanno portato all’insorgenza di gravi infezioni fino alla morte. Da questo è nato l’uso corrente d’inserire in ogni fiala di vaccino un preservante per impedire l’attecchimento di agenti infettivi. Le singole Aziende produttrici di vaccini hanno aggiunto di frequente il *thimerosal* e l’hanno fatto utilizzando varie quantità di questo prodotto. Questa aggiunta iniziò nel 1930, quando è stato dimostrato che il *thimerosal* è efficace come battericida e come preventivo per impedire la contaminazione batterica, in particolar modo nei contenitori multidose.

Alcune Ditte Farmaceutiche sono anche ricorse all’aggiunta di antibiotici (in generale aminoglicosidi, come la neomicina, la kanamicina o altri), **ben sapendo però che questi antibiotici, anche a bassissime concentrazioni, possono indurre in alcuni rari soggetti manifestazioni allergiche gravi, fino alla *shock* anafilattico**. Altre soluzioni sono allo studio, anche se molti “eccipienti” (termine però improprio, perché implicherebbe che la sostanza è inerte e quindi anche atossica) vengono usati quasi sempre senza una preliminare adeguata sperimentazione farmaco-tossicologica.

In alcune delle preparazioni più recenti (vaccini multivalenti), il *thimerosal* è stato in buona parte tolto, senza aggiungere per ora altri preservanti, grazie all’uso di moderne e raffinate tecniche di preparazione che permettono un’assoluta sterilità.

Il mercurio, che era ben conosciuto nell’antichità, in passato si otteneva, mediante macinatura in presenza di aceto, dal cinabro rosso (HgS) che veniva usato dai Romani come pigmento per decorare le ville e anche come cosmetico.

La sua tossicità generica era così ben conosciuta che diversi composti del metallo furono usati come veleni per assassini e suicidi. Vi sono indizi che portano a pensare che Napoleone, Ivan il Terribile e Carlo II d’Inghilterra siano morti per avvelenamento da sali mercuriali, accidentale o deliberato che fosse.

18.1.2 Tossicità dei sali di mercurio

La tossicità biologica del *mercurio* dipende da diversi fattori, fra i quali la forma chimica (sale inorganico o composti organici; alcuni esempi dei sali organici sono il metilmercurio, l’etilmercurio e il fenilmercurio), la via di assunzione, la dose e ovviamente il rapporto dose/peso, nonché l’età del soggetto ricevente.

Solo a titolo informativo, ricordo che in letteratura ci sono più di 15.000 articoli sugli effetti indesiderati nell’uomo dell’esposizione a varie quantità di mercurio.

Il *thimerosal*, sale organico di mercurio che viene aggiunto come conservante (in genere alla dose di 1:20.000) per prevenire la contaminazione batterica del liquido della soluzione vaccinale (svolge un’azione batteriostatica), **è una sostanza tossica**

che può causare vari disturbi: danni al sistema immunitario, al sistema nervoso e alla cute. Tra questi, il maggior rischio già ampiamente codificato per la salute umana deriva dagli **effetti neurotossici del mercurio negli adulti** ed è ampiamente nota anche la sua tossicità per il feto, se la madre è esposta al metilmercurio durante la gravidanza.

I numerosi studi tossicologici hanno dimostrato che:

— Il *thimerosal* è *sodio mertiolato* e cioè un composto organico del mercurio contenente il 49,55% di mercurio base.

— **Quando viene iniettato** per via parenterale, **il mercurio è 10 volte più dannoso di quello ingerito per os o semplicemente inalato**[1].

— **La tossicità del *thimerosal* viene potenziata dalla contemporanea presenza di alluminio e sostanze riducenti** (e purtroppo l'alluminio è stato spesso associato al mercurio nei programmi vaccinali pediatrici). Infatti, studi in vitro dimostrano che la neurotossicità dell'etilmercurio viene aumentata dalla neomicina, dall'idrossido di allumino e dal testosterone, mentre gli estrogeni diminuiscono gli effetti tossici. È stato anche dimostrato che **gli estrogeni riducono la tossicità del mercurio inorganico e ciò può spiegare il rapporto di 4 a 1 tra maschi e femmine nell'incidenza dell'autismo**.

— Nel nostro organismo, il *thimerosal* viene metabolizzato a etilmercurio e tiosalicilato. Tutti gli Autori (compresa l'Organizzazione Mondiale della Sanità) sono oggi concordi nell'affermare che i dati tossicologici validi per il metilmercurio valgono anche per l'etilmercurio: quindi, **anche l'etilmercurio viene considerata una sostanza cancerogena**. Infatti, fino a poco tempo fa si ipotizzava che il mercurio del *thimerosal* fosse meno tossico di altre forme di mercurio come il metilmercurio (la forma ambientale più tossica), ma un recente studio, condotto su piccoli di macachi esposti ad etilmercurio somministrato per via parenterale o esposti a metilmercurio ingerito per os, ha dimostrato che l'etilmercurio veniva trattenuto due volte di più del metilmercurio (i primati erano stati esposti a livelli di mercurio uguali a quelli che hanno ricevuto i bambini negli Stati Uniti attraverso i normali vaccini negli anni 1991-2003). Questo studio ha dimostrato chiaramente che il mercurio del *thimerosal* (etilmercurio) può essere quasi più dannoso del metilmercurio, perché a**ttraversa velocemente la barriera ematoencefalica e, nel cervello, viene convertito in una forma che è incapace di lasciare il cervello** (a parità di dose somministrata, nel cervello si ritrova una quantità doppia di etilmercurio rispetto a quella di metilmercurio).

— **Il mercurio entra molto facilmente nei tessuti cerebrali del bambino**, dato che la barriera ematoencefalica è più recettiva di quella dell'adulto; è stato dimostrato che **neonati** esposti al mercurio, diversamente da ciò che accade

[1] La massima concentrazione tollerabile di mercurio (o dei suoi composti organici) è nell'aria di 10 microgrammi/m^3

negli adulti, **accumulano notevolmente più mercurio nel cervello rispetto a quanto accade negli altri organi.**

— Il *thimerosal* non viene facilmente escreto dai bambini sotto i sei mesi di vita, principalmente per la loro incapacità a produrre **bile, che rappresenta la principale via d'escrezione del mercurio organico**.

— Nei bambini prematuri vaccinati con vaccini contenenti mercurio, si riscontra una maggior quantità di mercurio plasmatico rispetto ai coetanei non prematuri.

— I livelli di etilmercurio, riscontrati dopo dieci giorni dalla vaccinazione con dosi di etilmercurio più basse di quelle ricevute dai bambini durante gli anni '90, hanno inibito più del 50% delle reazioni di metilazione dell'organismo e studi in vitro hanno evidenziato che **l'etilmercurio era più di 100 volte più potente del mercurio inorganico nell'inibire le reazioni di metilazione** (gli studi neurotossicologici hanno dimostrato che **i disturbi della metilazione alterano lo sviluppo neurologico dei bambini e degli adolescenti perché ostacolano la loro crescita cerebrale** inibendo l'azione di dopamina e IGF-1 questo danno è caratteristico dell'etanolo e di tutti i metalli pesanti, come mercurio e piombo, ma lo è anche dell'alluminio).

— **I composti mercuriali alterano, e a dosi elevate bloccano, la mitosi cellulare (cioè la moltiplicazione delle cellule), e in età pediatrica è sicuramente un danno grave, prima di tutto per il cervello** e per le cellule immunitarie che sono a più rapida duplicazione, ma anche per tutti i tessuti del bambino.

— Secondo gli studi più recenti, il principale meccanismo della tossicità del mercurio è dovuto alla sua estrema capacità di indurre la formazione di radicali liberi, che nell'organismo svolgono azione citotossica e genotossica.

— Uno studio del 2006 ha dimostrato per la prima volta che concentrazioni bassissime (20 parti per miliardo) del mercurio vaccinale (*thimerosal*) alterano la capacità delle cellule dendritiche cerebrali di secernere la interleuchina 6 (IL-6), che a sua volta attiva i linfociti T; concentrazioni di mercurio pari a 200 parti per miliardo, invece, causano la morte delle cellule dendritiche immature. Questo studio dimostra ancora una volta che **il mercurio contenuto nei vaccini, anche se è presente in relativamente piccole dosi, è in grado di dare grandi danni immunitari**, specie nei bambini, perché ognuna di queste cellule dendritiche emette segnali che attivano centinaia di cellule T citotossiche per indurle ad attaccare l'antigene infettante.

— Il metilmercurio **si accumula nel cervello** e induce la produzione di radicali liberi causando danni a lungo termine e quindi, proprio per questo, i suoi danni sono molto più insidiosi. Scrive Sarafian, uno studioso di questo settore: "L'aspetto più allarmante degli sporadici casi di avvelenamenti da mercurio riguardano la natura insidiosa dell'esposizione e dell'accumulo di composti mercuriali, per cui, **periodi protratti di condizioni asintomatiche nascondono**

l'estensione e l'irreversibilità del danno. E poi, quando i sintomi appaiono, il trattamento è spesso inefficace e la patologia continua a progredire ... Non ci sono spiegazioni per il periodo di latenza tra l'esposizione al mercurio organico (per esempio *thimerosal*) e i sintomi neurotossici", Lo studio prosegue affermando che il metilmercurio innesca una reazione a catena di produzione di radicali liberi e di perossidazione dei lipidi insaturi di cui è particolarmente ricco il cervello. Quindi, i tessuti cerebrali sono un bersaglio del metilmercurio, **ma vengono ossidati i lipidi anche nel fegato, nei reni e nella milza** (da notare che la produzione eccessiva di radicali liberi è ormai universalmente associata ad una aumentata genesi del cancro).

— L'azione tossica del metilmercurio è agevolata da una situazione di bassa capacità antiossidante e a tale proposito i neuroni cerebrali sono particolarmente vulnerabili, perché possiedono bassi livelli di agenti antiossidanti. **I danni possono arrivare anche a modifiche cellulari, neuronofagia, morte neuronale, astrogliosi e demielinizzazione.**

— Una serie di studi molecolari sui neuroni ha dimostrato che infinitesime concentrazioni di mercurio che variano da quelle nanomolari (nM) a quelle micromolari (mcM) sono capaci di indurre morte neuronale, neurodegenerazione, danni alle membrane neuronali e danni al DNA **entro poche ore dall'esposizione**.

— Il mercurio inorganico è stato trovato essere 10 volte più potente del piombo nell'inibire la formazione dei microtubuli neuronali.

— Il mercurio inorganico causa inibizione della crescita e denudazione dei coni neuronali ed **è stato anche dimostrato che la concentrazione di etilmercurio che si raggiunge dopo una vaccinazione, induce un danno alla membrana e al DNA dei neuroni umani e ne avvia la morte**.

Il Dr. Sallie Bernard, cofondatore dell'organizzazione *SafeMinds*, dice: "Queste nuove scoperte minano alla base la posizione dei produttori di vaccini che avevano a lungo negato la dannosità dell'esporre una generazione di bambini a eccessivi livelli di mercurio attraverso inutili additivi ai vaccini".

Nonostante ciò, comunque, la stessa *Organizzazione Mondiale della Sanità*, in un documento fatto di domande e risposte sul *thimerosal*, nel 1999 si è espressa dicendo che il rischio di reazioni indesiderate è solo teorico, incerto e molto piccolo, anche se il documento termina con l'esortazione a sostituire nel tempo il *thimerosal* con un altro conservante.

Un documento stilato nel 2001 dall'*Immunization Safety Review Committee dell'Institute of Medicine* conclude dicendo che "nonostante l'ipotesi che l'esposizione ai vaccini contenenti *thimerosal* possa essere associata a patologie dello sviluppo neurologico non sia sicuramente dimostrata essenzialmente per il problema della quantità di mercurio presente nell'organismo dei bambini dopo le vaccinazioni, l'ipotesi è ugualmente plausibile dal punto di vista biologico ... Ciononostante, le

evidenze di cui disponiamo sono inadeguate per accettare o rifiutare una relazione causale tra l'esposizione al *thimerosal* attraverso i vaccini pediatrici e le patologie dello sviluppo neurologico come l'autismo, i deficit dell'attenzione con o senza iperattività e le alterazioni del linguaggio.

Nel 2004, l'*Institute of Medicine* americano aveva pubblicato un 'report' in cui affermava che NON esisteva alcun nesso causale tra il *thimerosal* e alcune patologie neurologiche come l'autismo.

Il 21 aprile 2005 è stato pubblicato uno studio finanziato dal *National Institutes of Health* (NIH) e condotto dal Dr. Thomas M. Burbacher, ricercatore della *University of Washington*, che ha stabilito che il *thimerosal* contenuto nei vaccini è più pericoloso di quanto si credesse e quindi si chiede che siano condotte altre ricerche per il rischio alla salute creato dalla presenza di *thimerosal* nei vaccini somministrati ai bambini e durante la gravidanza.

18.1.3 Cancerogenicità del mercurio

Tutti questi dati vanno aggiunti al riscontro che il mercurio è anche un inquinante ambientale che noi purtroppo assorbiamo attraverso aria, acqua e alimenti.

In aggiunta a tali considerazioni, che già di per se stesse dovrebbero essere sufficienti per far allontanare il mercurio dai vaccini, va aggiunto l'esplosivo rapporto sul mercurio dell'ATSDR (l'Agenzia americana per le Sostanze Tossiche e per il Registro delle Malattie), che è l'organizzazione ufficiale del Governo USA per lo studio delle sostanze tossiche e che elabora rapporti ed avvertenze su questo argomento. Ecco cosa emerge dal rapporto:

— il mercurio è un veleno (all'inizio della monografia sul mercurio appare il simbolo del teschio, che significa sostanza in grado di procurare la morte) ed è considerato una delle sostanze più tossiche al mondo (al terzo posto rispettivamente dopo arsenico e piombo);

— il mercurio tende ad accumularsi nell'organismo;

— alcuni sali di mercurio sono potenziali sostanze cancerogene (in realtà, non vi sono dati sufficienti per tutti i numerosissimi sali di mercurio, ma per il cloruro di mercurio e per il metilmercurio si afferma: "*L'EPA ha stabilito che il cloruro di mercurio e il metilmercurio sono potenziali sostanze cancerogene per l'uomo*").

A questo proposito occorre notare che:

— La tossicità del mercurio è divenuta famosa nella storia della Medicina recente con il nome di *Morbo di Minamata*, dal nome della baia giapponese in cui i

pescatori si intossicarono in massa nutrendosi di pesce contenente molto mercurio a causa del fatto che nella baia venivano scaricati rifiuti industriali a base di mercurio. Fra i colpiti dal Morbo di Minamata vi fu una incidenza ben 8 volte superiore di leucemia rispetto a quanto ci si poteva attendere.

— Un recente studio ha dimostrato che **nei noduli tumorali benigni e maligni della tiroide, il contenuto in mercurio è molto più alto che nel tessuto tiroideo normale**. L'articolo conclude: "Questi risultati sostengono l'ipotesi che la diretta influenza tossica dei metalli sulle cellule tiroidee può avere un ruolo fondamentale nell'origine del cancro alla tiroide".

18.1.4 Livelli di sicurezza

Nella primavera del 1999, l'EPA (*Environmental Protection Agency*) ha individuato la soglia massima di sicurezza del mercurio oltre la quale potrebbero comparire danni tossicologici: 0,1 mcg/kg di peso corporeo al giorno. Va però ricordato che questo limite vale per la tossicità cronica da mercurio, mentre i vaccini con mercurio vengono somministrati ad intervalli di settimane o mesi tra loro.

Per sapere se il mercurio assunto in ogni seduta vaccinale supera o meno i livelli di sicurezza dell'EPA, occorre ricordare che:

— i bambini sono sottoposti alla **prima seduta vaccinale intorno ai 3 mesi**, quando il loro peso medio è di circa 5 kg;

— il livello di sicurezza per il *thimerosal* che non bisogna superare è quindi di 0,5 microgrammi al giorno (cioè 0,1 microgrammi/kg x 5 kg).

Quando in un'unica seduta un bambino riceve, per esempio, un vaccino antidifterico-antitetanico pediatrico, assume 25 microgrammi di *thimerosal* (dati desunti dalle schede vaccinali e dai foglietti illustrativi dei vaccini in commercio in Italia) [ovviamente, se ricevesse ulteriori vaccini in fiale separate (come l'antiemofilo e l'anti-meningococcico polisaccaridico), la quantità di *thimerosal* aumenterebbe]. Poiché il livello di sicurezza di mercurio da non superare per un neonato è di 0,5 microgrammi, **con una sola vaccinazione antidifterica-antitetanica, un bambino di 5 kg viene sottoposto ad una quantità di mercurio circa 25 volte superiore il livello di sicurezza** (25 mcg di *thimerosal* $\times$ 49,55% = 12,39 mcg di mercurio; 12,39: 0,5 = 24,78 volte).

Sappiamo che un tale livello di assunzione di *thimerosal* può essere sicuramente dannoso per la salute. Anche considerando la soglia massima di tossicità fornita dalla FDA, (che è più alta rispetto a quella dell'EPA, perché la FDA permette fino a 0,4 microgrammi per chilo corporeo al giorno), si hanno comunque dosi tossiche nei vaccini per l'infanzia.

Si pensi comunque anche che **questi livelli di dose massima giornaliera di mercurio valgono per gli adulti, mentre non sappiamo nulla delle dosi pediatriche o addirittura dei neonati prematuri** che vengono vaccinati con le stesse dosi usate per i bambini più grandi e per gli adolescenti!

Quindi, **la vera dose sopportabile da un neonato non è nota, mancano studi in merito** e per di più mancano dati o prove su cosa possa accadere quando si superano i livelli di esposizione nei bambini con una normale vaccinazione routinaria.

Alcuni potrebbero pensare che la somministrazione acuta saltuaria di sali di mercurio (come avviene con i vaccini pediatrici) sia meno tossica di una esposizione cronica quotidiana, mentre un articolo pubblicato sulla rivista *Journal of American Medical Association* dice esattamente l'opposto affermando che "gli studi che esaminano la relazione tra l'esposizione al metilmercurio e le funzioni neuropsicologiche dei bambini sostengono che le alte dosi intermittenti di mercurio possono comportare rischi maggiori delle piccole dosi quotidiane".

Si pensi però anche che **in Germania e in Gran Bretania non si utilizza più l'amalgama per le otturazioni dentarie, perché si sa che libera una quantità di mercurio di circa 0,4-0,7 microgrammi/die e lo fa in un adulto**, mentre da noi **si accetta di somministrare nei neonati dei vaccini che contengono addirittura 25 microgrammi di *thimerosal***!

Però l'Agenzia europea EMEA ci tranquillizza dicendoci che i vaccini al mercurio sono sicuri e totalmente affidabili.

18.1.5 Il mercurio contenuto nei vaccini

Sappiamo che **gli Stati Uniti sono stati i primi ad aumentare il numero dei vaccini pediatrici e ad iniettare conseguentemente molto mercurio nei neonati**. Infatti, dalla fine del decennio del 1980 alla fine di quello del 1990 CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) hanno enormemente aumentato il numero e le dosi dei vaccini contenenti mercurio da somministrare ai neonati americani. Si iniziò partendo dalle 5 dosi del vaccino trivalente antidifterite-tetano-pertosse (DTP), aggiungendo poi le 3 dosi di antiepatitico B e poi le 4 dosi di antiemofilo B: tutti contenenti mercurio. Successivamente, i CDC cominciarono a raccomandare anche 3 dosi del vaccino antinfluenzale da somministrare per la prima volta a neonati di 6 mesi e tutto questo **con il risultato finale che questi bambini ricevevano prima dei 6 mesi di vita una quantità di mercurio che oscillava sui 200 mcg**.

Oltre a questo, *è stato stimato che il mercurio che un bambino assume attraverso i vaccini pediatrici sia circa il 50% della quantità totale che in realtà assume*, perché **a quel mercurio va aggiunto quello che gli proviene attraverso l'esposizione ambientale: all'inizio con il latte materno o l'alimentazione sostitutiva e poi con numerosi prodotti alimentari e farmaceutici**.

Quindi, se al mercurio contenuto nei vaccini aggiungiamo quello assunto attraverso il latte materno (circa 165 mcg di mercurio) o gli alimenti, troviamo che nei primi 6 mesi di vita un neonato assume dosi di mercurio ben superiori a quelle fissate come limite massimo dall'EPA, OMS, FDA e ATSDR (*Agency For Toxic Substances and Disease Registry*).

Sappiamo che dall'inizio del 2000 negli USA molti vaccini sono stati privati del mercurio, ma questo non è stato fatto su tutti perché **il vaccino antinfluenzale (analogamente a quello venduto in Italia) contiene mercurio, così come il vaccino antitetanico monovalente e quello bivalente antitetanico-antidifterico.**

Abbiamo detto che nella primavera del 1999 l'EPA ha individuato la soglia massima di sicurezza del mercurio oltre la quale potrebbero comparire danni tossicologici. In seguito all'allarme lanciato dall'EPA, negli Stati Uniti l'AAP (*American Academy of Pediatrics*), il *United States Public Health Service* e la FDA hanno evidenziato livelli di mercurio troppo elevati per l'infanzia nei vaccini rispetto alla soglia massima di tossicità permessa: **sono livelli così alti che possono potenzialmente indurre danni irreversibili**. La FDA ha quindi raccomandato a tutte le Ditte Farmaceutiche che commercializzano negli USA di mettere in commercio vaccini senza *thimerosal* e ciò è avvenuto: dall'inizio del 2000 sono disponibili negli USA vaccini senza mercurio.

Interessante è leggere una nota che poco dopo la *In-Pharma*, attraverso il suo sito, si è premurata di precisare e cioè che "*dal 2000 i vaccini pediatrici sono disponibili in versioni che non contengono mercurio (Thimerosal free) o che lo contengono solo in tracce ... eccettuate le fiale multidose destinate al Terzo Mondo*"(! ?!).

Ma allora per l'Industria Farmaceutica la vita umana non ha alcun valore? È ovvio che per essa non ha valore, ma allora possiamo dedurre che **già da molto l'Industria Farmaceutica sapeva dei danni del mercurio, ma taceva perché era vantaggioso** per essa e ora che è stata costretta a toglierlo in America (a parte le tracce che a quanto pare restano e in quantità non precisata) **continua però a lasciarlo nei vaccini destinati ai poveri che non hanno la forza economica e politica per opporsi e lo fa probabilmente perché con l'aggiunta del mercurio i vaccini costano meno** ... ed è sempre un problema di soldi, non di etica!

Mi viene allora da chiedermi: **chissà quanti altri effetti dannosi l'Industria Farmaceutica sa di causare ma non lo dice e vende i suoi farmaci sperando che noi ce ne accorgiamo il più tardi possibile**!

Infatti, tanto per dare un'idea di come è facile aggirare gli ostacoli, un articolo di Lawrence B. Palevsky del marzo 2008 denuncia che almeno fino alla fine del 2007 c'erano ancora alcuni vaccini americani che contenevano mercurio.

In Italia, comunque, le Autorità sanitarie hanno ritenuto di non prendere alcun provvedimento cautelativo. Il Ministero della Salute italiano, con il decreto

del 18 giugno 2000, ammette la presenza di mercurio nei vaccini, ma sostiene che ciò non è connesso con alcun problema o rischio per la salute e prevede l'immissione in commercio di prodotti senza *thimerosal* soltanto a partire dal 1 gennaio 2007! Perché?

Se il mercurio non è tossico, perché proibirne l'uso negli USA o in Italia dal 2007? Ma se è tossico e bisogna proibirne l'uso, perché attendere quasi 7 anni?

Una decisione di questo tipo lascia inevitabilmente il campo a **sospetti di forti legami e interessi economici con le Ditte Farmaceutiche** che preferiscono usare il mercurio perché è più economico. Si pensi comunque ad un'altra assurdità: si vogliono abolire i misuratori della pressione (sfigmomanometri) perché contengono mercurio e si continua a somministrare vaccini al mercurio ai neonati!

Un sospetto in più ci può venire anche da un altro fatto strano:

— un nuovo Decreto del Ministero della Salute del 13 novembre 2001 (G.U. n. 66 del 19 marzo 2002) anticipa il ritiro dal commercio delle confezioni monodose di vaccini contenenti mercurio dal 1 gennaio 2007 al 30 giugno 2003, ma

— pochissimi giorni prima della sua entrata in vigore e cioè il 17 giugno 2003, **un inaspettato Decreto del Ministero della Salute** (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, n. 153 del 4 luglio 2003) **revoca il precedente Decreto del 2001 e permette la commercializzazione dei lotti dei vaccini contenenti mertiolato (mercurio) o altri composti organo-mercuriali come conservanti o come residui nel processo produttivo**, con la scusa di volersi attenere alle considerazioni contenute nel documento europeo Position Statement EMEA/GPMP/1578/00 del 29 giugno 2000.

In sostanza, con quest'ultimo Decreto del 17 giugno 2003 i lotti di vaccini contenenti sali di mercurio saranno commerciabili fino a 45 giorni dopo che la Ditta Farmaceutica avrà ottenuto l'autorizzazione a vendere una nuova formulazione di vaccino senza mercurio.

E così l'Industria Farmaceutica può continuare a produrre vaccini con mercurio o con "residui" mercuriali di quantità non definita, finché non deciderà di sostituire il mercurio con altro.

E anche qui l'Industria Farmaceutica fu salvaguardata!

Così si esprime un testo del Ministero della Salute: "Pertanto, al momento attuale, in Italia non sono più in commercio vaccini per l'infanzia contenenti come conservante il *thimerosal*, ma è ammessa la commercializzazione di vaccini in cui tale sostanza sia presente come residuo del processo di lavorazione (essenziale per assicurare, in assenza di mezzi chimici o fisici alternativi, la sterilità del processo), in quanto questa non pregiudica in alcun modo la sicurezza del prodotto, sicurezza del resto non pregiudicata neanche dalla presenza del conservante mercuriale".

Quindi il nostro Ministero non è assolutamente convinto che il mercurio vaccinale faccia male, anzi è convinto che non faccia male!

A proposito degli attuali vaccini che mantengono "residui" (a quanto ammontano?) di mercurio, va detto che **questi famosi "residui" non vengono quantificati e che, secondo alcuni Autori americani, corrispondono alla medesima quantità di mercurio che il vaccino aveva negli anni '90**. Infatti, prima si usava mercurio per sterilizzare e conservare il vaccino e ora il "residuo di mercurio" viene permesso solo quando è "essenziale per assicurare ... la sterilità del processo" di preparazione!!

Per confermare il concetto che l'Agenzia Europea (EMEA) che sovraintende a queste autorizzazioni non è assolutamente convinta della tossicità del mercurio e quindi non si preoccupa se questo è presente o meno nei vaccini, riportiamo le conclusioni del CPMP contenute nel più recente documento EMEA sulla questione del *thimerosal* nei vaccini per uso umano:

— La vaccinazione con vaccini contenenti *thimerosal* continua ad offrire rilevanti benefici alla popolazione generale, compresi i bambini piccoli; i benefici della vaccinazione sopravanzano di gran lunga i rischi, se pure esistenti, dell'esposizione a vaccini contenenti *thimerosal*;

— il CPMP riconosce che, durante alcuni processi di produzione, l'uso di composti di mercurio organico è necessario e, in tali casi, livelli residuali possono essere presenti nel prodotto finale;

— in linea con l'obiettivo globale di riduzione dell'esposizione al mercurio, lo sviluppo di vaccini senza mercurio o con il minor possibile quantitativo di *thimerosal* o altri composti mercuriali deve continuare ad essere promosso; quando sia richiesto un conservante per preparazioni multidosi, l'uso del *thimerosal* può essere preso in considerazione;

— **la presenza di *thimerosal* (e di altri conservanti) nella composizione dei vaccini va indicata nell'etichett**a e un avvertimento riguardante il rischio di sensibilizzazione in relazione a questo o ad altri conservanti va incluso nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e nel foglietto illustrativo".

Comunque, sicuramente a causa delle reazioni delle Associazioni contro i vaccini e della pubblicità fatto a questo problema dai massmedia, le Ditte Farmaceutiche, forse, stanno lentamente cercando di eliminare il mercurio.

18.1.6 Danni clinici del mercurio

Il *thimerosal*, assunto in età pediatrica con i vaccini, può sensibilizzare il soggetto scatenandogli, **pochi anni dopo oppure nell'adolescenza ma anche in età adulta**, varie reazioni avverse, delle quali ricordiamo le seguenti:

— Può causare dermatiti allergiche da contatto (positività al patch-test in soggetti con anamnesi positiva per esposizione all'allergene) ed eruzioni orticarioidi con o senza asma ed esantemi generalizzati.

— È una delle sostanze a cui i bambini e gli adolescenti sono più frequentemente ipersensibili e ci sono fondati rilievi per sospettare che questa ipersensibilità sia dovuta proprio alle vaccinazioni compiute in precedenza dagli stessi soggetti. Comunque, come scrivono alcuni Autori, "*una volta assorbito, il mercurio si distribuisce a tutti gli organi ... e, a determinate concentrazioni, scomposti mercuriali, sia organici che inorganici, avvelenano qualsiasi tipo di cellula con la quale vendono a contatto*". Le reazioni allergiche "consistono spesso in reazioni orticarioidi, esantemi generalizzati ed asma e le reazioni possono durare anche molto a lungo". Infatti, può avere effetti tossici e allergizzanti fin dalla prima somministrazione e non mancano rilevanti reazioni avverse acute, anche se rare (per esempio reazioni orticarioidi acute con ostruzione laringea acuta.

— **Colpisce il sistema nervoso centrale ed è particolarmente dannoso per il cervello in fase di sviluppo; quindi è pericoloso somministrarlo a neonati e adolescenti**.

— Come è stato dimostrato da vari studi epidemiologici, somministrato nei neonati è associato a **ritardo dello sviluppo motorio, dello sviluppo del linguaggio e dell'apprendimento; può inoltre causare varie disabilità, deficit dell'attenzione e autismo**.

— È dimostrato come ci sia un incremento dell'**incidenza delle neuropatie che cresce da 2 a 6 volte ogni 75-100 microgrammi di dosaggio addizionale di mercurio contenuto nei vaccini**, in confronto ai prodotti che ne sono privi. Ha causato allergia al mercurio nel 5,7% delle persone in cura presso un Istituto di Medicina del Lavoro e **presso il 13,8% del personale sanitario del medesimo Istituto e la causa fu identificata nella vaccinazione contro l'epatite B che conteneva *thimerosal*** e in misura minore in una immunoterapia con **un vaccino contro i pollini contenente anch'esso *thimerosal***.

Una commissione della FDA americana ha valutato in uno studio del 2001 la possibilità di correlazione fra *thimerosal* e specifici sintomi neurocomportamentali in 400.000 bambini seguiti nell'ambito del progetto di monitoraggio sulla sicurezza dei vaccini. **È stata dimostrata una correlazione statisticamente significativa tra esposizione cumulativa al mercurio e ritardi nello sviluppo, tic, sindrome da deficit attentivo, minori capacità di linguaggio e d'apprendimento.**

18.1.7 Mercurio e autismo

Molti Autori sostengono che la capacità del mercurio di causare varie patologie cerebrali, tra cui l'autismo, risiede proprio nella sua azione neurotossica. Infatti, in questi ultimi anni c'è stata una vera e propria **"epidemia" di casi di autismo negli USA**, perché si è passati da 1 caso ogni 1.333 bambini a metà degli anni 1980 (7,5 casi/10.000) a 1 ogni 323 bambini alla fine degli anni 1990 (31,2 casi/10.000), **fino a 1 ogni 166 bambini nel 2004 e questo aumento vertiginoso è iniziato quando negli Stati Uniti sono aumentati i vaccini pediatrici** (nei bambini di 0-6 mesi e di 12-24 mesi vengono iniettati rispettivamente **un minimo di 13 e 10 vaccini, con una dose totale di almeno 275 mcg di mercurio** e la corrispondente somministrazione di mercurio che è in media 38-129 volte superiore ai limiti di sicurezza stabiliti dalle linee guida dell'EPA. Inoltre, uno studio americano ha dimostrato **una correlazione lineare tra l'aumento dell'assunzione pediatrica di mercurio attraverso i vaccini e l'aumento dell'autismo**.

È un dato ormai acquisito che i bambini autistici sono più predisposti dei loro coetanei normali ad andare incontro ad una infiammazione cronica dell'apparato gastroenterico (30-40% contro un normale 5-10%).

Tab. 74 – **Incremento dei casi di autismo infantile in relazione all'aumento della esposizione pediatrica al mercurio vaccinale dal 1943 al 1998 nello Stato americano della California** (fonte: *Environmental Working Group*).*

Numero medio annuo dei casi di autismo per anno di nascita in California	**Media del mercurio contenuto nei vaccini pediatrici, somministrato in ogni ciclo vaccinale**				
	25-50 mcg	**75 mcg**	**150 mcg**	**187,5 mcg**	**275 mcg**
1943-1952 →	10				
1953-1962 →	90				
1963-1972 →	150				
1973-1982 →		190			
1983-1986 →		370			
1987-1990 →			650		
1991-1994 →				1300	
1995-1998 →				1800	
Primo semestre 1999					?

* I dati relativi ai casi di autismo sono stati forniti dal *California Department of Developmental Services* 2004 (non sono disponibili i dati dopo il 1998). Il mercurio fu gradualmente rimosso dai vaccini pediatrici (da agosto 1999 al novembre 2002) e dai vaccini materni (dal 2003).

Questi bambini sviluppano la cosiddetta *enterocolite autistica*, che altera l'assorbimento delle sostanze introdotte nel corpo (tra cui il mercurio, ma anche i prodotti della digestione del pane e del latte), trasformandole, insieme al mercurio, in

neurotossine che danneggiano il cervello, scatenando poi dei disturbi comportamentali. In questi casi, come vedremo, **una dieta adeguata e farmaci adeguati, pur non risolvendo il problema, se dati precocemente possono aiutare a tenere sotto controllo l'infiammazione enterica e i problemi neurologici che, a cascata, derivano da essa.**

È stato stimato che circa il 15% della popolazione può mostrare una suscettibilità aumentata all'esposizione al mercurio e in questi soggetti accade che i livelli di etilmercurio trovati 8 giorni dopo le vaccinazioni conducono all'inibizione del 50% dell'enzima *metionina-sintetasi*. A causa di ciò, i neuroni diventano incapaci di sintetizzare la *cisteina*, che è l'aminoacido limitativo indispensabile per la sintesi del *glutatione* (un antiossidante prodotto sia dal cervello che dal fegato). Ne risulta che i neuroni sono più sensibili alla tossicità al mercurio dal momento che **il glutatione è il maggiore agente intracellulare deputato alla detossificazione dal mercurio e da altri metalli pesanti**.

La sintesi della cisteina e del glutatione, quindi, sono cruciali per la detossificazione dal mercurio e questa sintesi è ridotta nei bambini autistici, forse a causa anche di un polimorfismo epigenetico.

Praticamente, **risulta che i bambini autistici hanno il 20% di livelli più bassi di cisteina e il 54% di livelli più bassi di glutatione e questo compromette la loro capacità di detossificarsi e di espellere i metalli come il mercurio**.

A ciò consegue una più alta concentrazione di mercurio libero nel sangue, che poi viene trasferito nei tessuti e aumenta la vita media del mercurio nel corpo, rispetto a quanto accade in bambini con livelli normali di cisteina e glutatione.

Come è stato dimostrato da Bradstreet et al. in uno studio a cui hanno partecipato 221 bambini autistici, **i bambini vaccinati mostrano una elevazione sei volte maggiore del mercurio urinario rispetto al gruppo di controllo normale dopo una appropriata mobilizzazione con l'agente chelante DMSA**. **La detossificazione ritardata del mercurio danneggia gravemente le reazioni di metilazione** (richieste per la corretta espressione del DNA, dell'RNA e dei neurotrasmettitori cerebrali), che a loro volta influiscono sui fattori di crescita dello sviluppo del cervello e sulle abilità attentive. **La metilazione fosfolipidica, che è cruciale per l'attenzione, è danneggiata nei soggetti autistici, in quelli con disordini da iperattività e in quelli con deficit di attenzione.**

Recentemente, un gruppo di ricercatori americani ha esaminato la tossicità del *thimerosal* nel corpo umano, inclusi i neuroni cerebrali. Sono stati esplorati i meccanismi neurotossici e come il corpo si detossifica dal mercurio grazie anche al glutatione. Quando però questa sostanza non è prodotta a sufficienza, il mercurio presente può legarsi con alcune proteine cellulari causando:

— *rotture dei filamenti del DNA,*

— *danni alle membrane cellulari,*

— *morte cellulare.*

I ricercatori hanno infatti scoperto che concentrazioni più elevate di *thimerosal* aumentano il numero delle cellule uccise e che *i primi segni di danno cellulare si notano già tre ore dopo la somministrazione del vaccino.*

Studi in vitro hanno dimostrato che anche il piombo può giocare un ruolo patogeno sinergico al mercurio nei disordini dello sviluppo cerebrale e nell'insorgenza dell'autismo.

Dal sito **www.genitoricontroautismo.org** ricaviamo quanto segue:

«**Il 1988 fu l'anno in cui**, a cominciare dal vaccino antiemofilo B, **molti nuovi vaccini vennero aggiunti alla tabella delle vaccinazioni americane**. Negli anni seguenti, **il numero delle vaccinazioni raccomandate per bambini sotto i due anni salì da 8 a 20. La quantità di etilmercurio iniettata nel sangue di neonati e bambini salì del 246%.** Nei primi 6 mesi di vita, un neonato riceveva 187,5 microgrammi di etilmercurio, che è di gran lunga superiore ai limiti consigliati dall'EPA e il problema principale è proprio per **i neonati, perché, avendo il fegato ancora incapace di lavorare, non sono in grado di espellere il mercurio.**

Solo nel 1999 l'*American Academy of Pediatrics*, i *Centers for Disease Control and Prevention*, la *Food and Drug Administration* e l'*Istituto Nazionale della Sanità americano* emisero un comunicato congiunto che 'esortava' i produttori di vaccini a rimuovere il *thimerosal*. Nonostante l'esistenza di un accordo per eliminare il *thimerosal* dai vaccini per bambini, si scoprì poi che **le scorte di vaccini contenenti *thimerosal* rimasero ancora in circolazione a lungo: alcune Ditte Farmaceutiche avevano solo cancellato il suo nome dai foglietti informativi**.

Oggi, comunque, **il *thimerosal* è ancora presente nella maggior parte dei vaccini antinfluenzali**, che vengono consigliati ora anche ai bambini di più di 6 mesi di vita! Viene usato nella fabbricazione di una serie di prodotti farmaceutici e i vaccini che in questo momento vengono venduti fuori dagli USA contengono un'alta concentrazione di *thimerosal*, specie quelli indirizzati verso il Terzo Mondo.

Il Dr. Neal Halsey era a capo del programma di vaccinazioni dell'*American Academy of Pediatrics* dal 1995 al 1999 e quando gli fu chiesto a proposito della quantità di mercurio che i neonati americani avevano ricevuto durante il suo incarico, rispose ad un giornalista: "*La mia prima reazione fu di incredulità. Ciò che credevo, e ciò che tutti gli altri credevano, era che (il mercurio) fosse veramente solo una piccola quantità, biologicamente insignificante. Onestamente, credo che se le etichette avessero riportato il contenuto di mercurio in microgrammi, tutto ciò sarebbe stato scoperto anni fa, ma il fatto è che nessuno fece i calcoli*".

Negli anni '90, il tasso di autismo si impennò di quasi il 1000% negli USA e alcuni dissero anche che ciò è imputabile ad una migliore diagnosi, ma molti non sono d'accordo. La Dr.ssa Mary Megson, una pediatra di Richmond (USA) che è specializzata nell'approccio biomedico al trattamento dell'autismo, dice: "*È*

difficile non riconoscere un bambino che prima parlava e poi diventa non-verbale, agita le mani, cammina avanti e indietro e non ti guarda negli occhi".

Per la maggior parte dei pediatri, il fatto che **l'autismo abbia più di 100 sintomi e caratteristiche in comune con l'avvelenamento da mercurio**, il fatto che la sua incidenza sia aumentata tra i bambini americani di pari passo con l'aumento del carico di mercurio nei vaccini e **il fatto che non fosse mai stato diagnosticato negli USA prima degli anni '30, quando il mercurio fu aggiunto per la prima volta ai vaccini**, sono tutte spiacevoli coincidenze.

La Dr.ssa Elizabeth Mumper, Professore Associato di Pediatria e Medicina della Famiglia all'Università della Virginia e presidentessa di Advocates for Children, una clinica pediatrica di Lynchburg, dice: "Ho visto una bibliografia contenente più di mille articoli sul *thimerosal* che dimostra i vari modi in cui è nocivo. ... **Le prove ci sono, prove scientifiche buone e attendibili, ma convincere i medici a guardarle è un'altra storia**. ... Quello che stiamo vedendo **è una generazione di bimbi che sono stati avvelenati a causa di negligenza e incompetenza**. Non potrei dirlo in modo più chiaro: **nella Medicina tradizionale, oggi, non esiste speranza per un bambino che ha l'autismo**. Tra vent'anni, il fatto stesso che ci sia stato un dibattito sul legame tra autismo e mercurio sarà considerato semplicemente ridicolo".

Però, i *Centers for Disease Control and Prevention*, la *Food and Drug Administration* e l'*American Academy of Pediatrics*, nonostante ammettano che i neonati e i bambini vaccinati alla fine degli anni '80 e durante tutti gli anni '90 furono esposti a livelli cumulativi di mercurio di gran lunga superiori a quanto viene considerato sicuro, continuano a sostenere che una connessione tra le concentrazioni di mercurio nei vaccini e i tassi epidemici dell'autismo nella generazione americana più giovane non possono essere ancora provati secondo i parametri scientifici attuali».

Negli ultimi due anni, gli studi che hanno dimostrato una relazione stretta tra autismo e mercurio assunto dai bambini attraverso le vaccinazioni si sono moltiplicati e i loro Autori non hanno avuto dubbi:

— "*Le evidenze consentono di affermare che i disordini neurologici in seguito all'uso di vaccini con mercurio non sono una coincidenza*".

— "*Lo studio dimostra che l'esposizione al mercurio contenuto nei vaccini pediatrici è un rischio significativo e consistente per l'aumento dei disordini neurologici*".

— "*Noi abbiamo prodotto evidenze per sostenere l'ipotesi autismo-mercurio*".

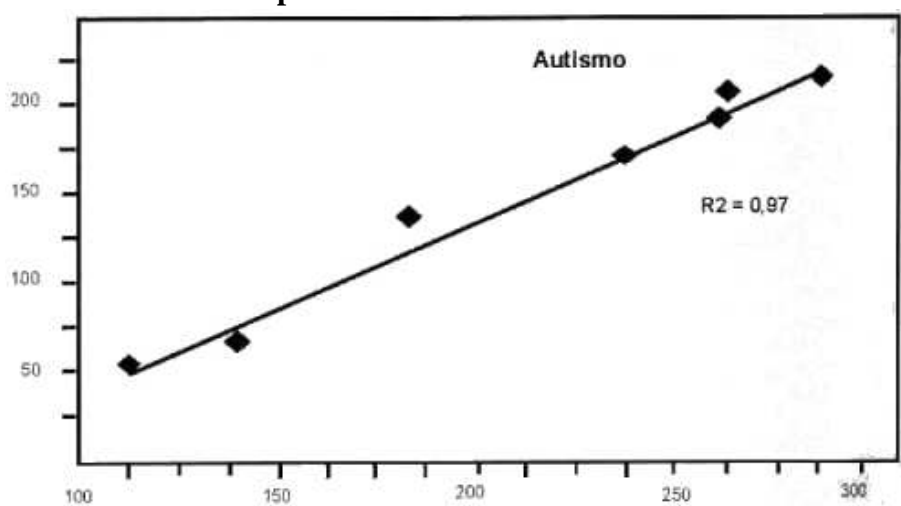
Inoltre, nel marzo 2006 è uscito anche un libro che è subito diventato famoso negli USA: è il libro di David Kirby, un giornalista medico-scientifico del *New York Times* che raccoglie un gran numero di documenti, testimonianze e prove che dimostrano **quanto grande è la responsabilità del mercurio contenuto nei vaccini pediatrici nel favorire e scatenare l'autismo**.

Il Dr. Mark Geier, presidente dei *Genetic Centers of America*, nel 2003 ha pubblicato un interessante studio in cui ha correlato l'aumento della dose di mercurio assunta dai bambini attraverso le vaccinazioni pediatriche con la prevalenza dell'**autismo** (Fig. 27), dell'**arresto cardiaco** e dei **disordini del linguaggio** (Fig. 28).

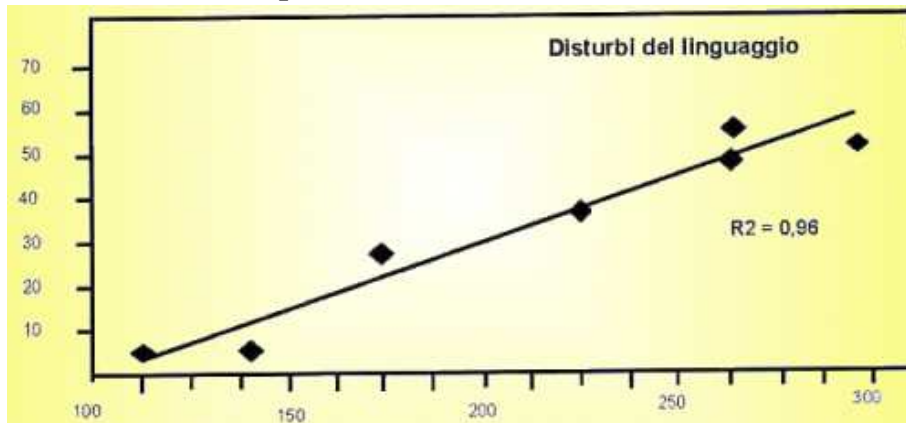
Come è ben evidente da questi grafici, l'andamento delle due funzioni è di tipo lineare, nel senso che quando aumenta la dose di mercurio assunta aumenta anche la prevalenza del danno e l'incremento è rispettivamente di:

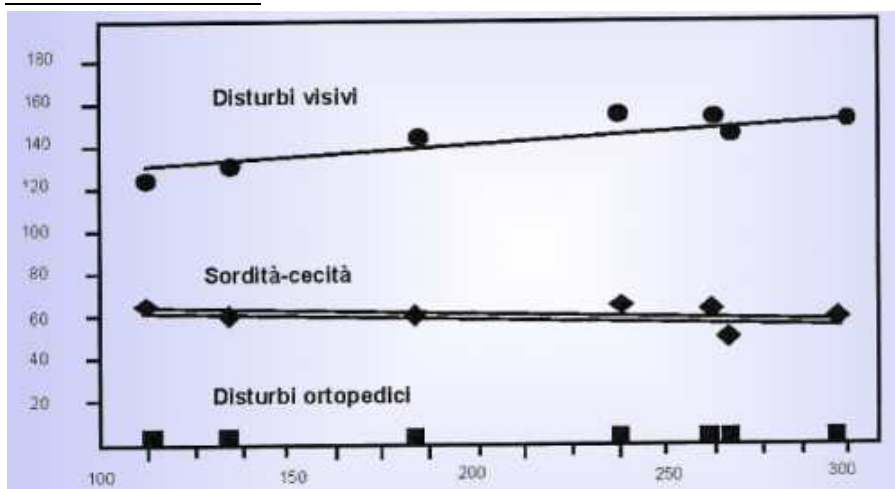
— un caso di autismo ogni 100.000 bambini ogni microgrammo di mercurio in più;

— un caso di disturbo del linguaggio ogni 100.000 bambini ogni 3 microgrammi di mercurio in più.

Correlazione tra l'incidenza dei casi di <u>autismo</u> e il dosaggio medio del mercurio presente nei vaccini

X = Dose di mercurio per vaccino (mcg)

Y = Incidenza dell'autismo ogni 100.000 bambini

Correlazione tra l'incidenza dei casi di disturbi del linguaggio e dosaggio medio del mercurio presente nei vaccini

X = Dose di mercurio per vaccino (mcg)
Y = Incidenza dei disturbi del linguaggio ogni 100.000 bambini

Assenza di correlazione tra l'incidenza di disturbi visivi, sordità-cecità e disturbi ortopedici e il dosaggio medio del mercurio presente nei vaccini

X = Dose di mercurio per vaccino (mcg)
Y = Incidenza di alcuni disturbi specifici ogni 100.000 bambini

L'ultima figura evidenzia invece che *non esiste* alcuna correlazione tra disturbi visivi, sordità-cecità o disturbi ortopedici e dose di mercurio somministrata con i vaccini. Quest'ultimo dato è molto importante, perché conferma ancora una volta che **il mercurio ha un effetto specifico (proprio per la sua particolare tossicità neurologica) nella prevalenza di autismo e disturbi del linguaggio** e non è causa invece di altre disfunzioni neurologiche.

La conclusione degli Autori di questo studio quindi è: "A causa di tutto ciò e per le notevoli implicazioni negative sulla salute, sarebbe prudente eliminare comple-

tamente e con decorrenza immediata il *thimerosal* dai vaccini pediatrici. ... Infatti, questo studio mette in luce una forte evidenza epistemologica per **un collegamento fra la somministrazione di vaccini contenenti *thimerosal* e lo sviluppo di neuropatie (autismo e disturbi del linguaggio), ma anche di malattie cardiache (arresto cardiaco)**. Alla luce della voluminosa letteratura a supporto del meccanismo biologico della reazione avversa indotta dal mercurio, della presenza di mercurio nei vaccini in quantità eccedenti le linee guida sulla sicurezza della FDA e dell'EPA per l'ingestione orale di mercurio e degli studi epidemiologici che dimostrano le reazioni avverse da tali vaccini, appare confermata una relazione causale tra la somministrazione di vaccini contenenti *thimerosal* e lo sviluppo di neuropatie e malattie cardiache".

Come si può ancora dire che il mercurio dei vaccini sia innocuo?!?

Recentemente, il Dr. Geier ha pubblicato altri studi e anche una metanalisi che dimostrano chiaramente la stretta correlazione tra assunzione di mercurio attraverso le vaccinazioni pediatriche **e incremento dei disturbi mentali pediatrici e in particolare dell'autismo.**

18.1.8 Perché non si fa nulla di concreto?

Negli Stati Uniti, le patologie neuropsichiatriche infantili e in particolare l'autismo stanno diventando una grande e tragica epidemia. Data l'estrema gravità della situazione, molti si chiedono:

Perché non vengono stanziati fondi pubblici per una ricerca seria su questo problema?

Dov'è la risposta politica ai dati forniti dalla Ricerca Scientifica sulle problematiche causate dai vaccini?

Purtroppo, ***nessuno risponde e nessuno si muove***!

Però, nel caso dell'influenza aviaria, in cui non c'era alcuna evidenza che il virus HSN1 fosse realmente un problema di salute per gli uomini che non avessero un contatto intimo con gli uccelli e che non avessero un sistema immunitario compromesso, sono stati stanziati bilioni di dollari e di euro ...

Perché non pensare allora che tutto è manovrato nascostamente da una volontà che fa agire le cose secondo il proprio interesse personale?

La risposta allora è una sola: c'è un enorme CONFLITTO DI INTERESSI!

Comunque, magari su altri fronti, ma qualcosa nel mondo viene fatto.

La Norvegia, ad esempio, ha recentemente annunciato **un divieto di impiego del mercurio, comprese le amalgame dentali**, che è entrato in vigore il 1 gennaio

2008. La Svezia ha annunciato un analogo divieto e ai dentisti, in Danimarca, non sarà più consentito utilizzare il mercurio nelle otturazioni dopo il 1 aprile 2008.

"Questi divieti indicano chiaramente che l'amalgama non è più necessaria. Ci sono validi sostituti del mercurio per le otturazioni che vengono usati ogni giorno negli Stati Uniti", ha detto Michael Bender, direttore del *Mercury Policy Project*.

In un comunicato ufficiale, il ministro norvegese dell'ambiente, Erik Solheim, ha detto che il motivo del divieto è il rischio di inquinamento che i prodotti contenenti mercurio possono costituire per l'ambiente. Infatti, il mercurio è tra le più pericolose tossine ambientali.

Certo, può venir da pensare che espressioni come queste tradiscono il fatto che siamo più preoccupati della salute dell'ambiente piuttosto che dei nostri figli! Infatti, **se il mercurio delle amalgame dentali fa male, cosa farà l'iniezione nel sangue di fiale vaccinali contenenti mercurio in neonati di 2 mesi di vita e di soli 5 kg di peso**?

Dopo che negli USA c'è stata una netta presa di posizione contro l'aggiunta del mercurio nei vaccini pediatrici e il governo ha obbligato le Ditte Farmaceutiche (anno 1999) a "togliere" questo metallo, piano piano anche le specialità vaccinali vendute negli altri Paesi industrializzati hanno iniziato a sostituire il mercurio tra gli eccipienti. Il problema però ora è:

— È vero che il mercurio non è contenuto nel vaccino quando non è riportato nel foglietto informativo della confezione oppure significa solo che le Ditte Farmaceutiche non segnalano la sua presenza?

— Oltre al mercurio, cosa sta accadendo delle altre sostanze tossiche associate ai vaccini, come **alluminio, formaldeide e nuovi composti recentemente impiegati anche se non ancora sufficientemente sperimentati**?

Infatti, per quanto riguarda questo ultimo punto, bisogna ricordare, che **anche l'idrossido di alluminio, altro eccipiente contenuto in molti vaccini iniettabili e di solito associato al mercurio, ha la capacità di danneggiare i tessuti cerebrali.**

18.2 Tossicità dell'alluminio

Per decenni si è pensato che l'alluminio fosse uno dei metalli meno tossici. Sia come costituente di utensili da cucina che come materiale da imballaggio, non è mai stato considerato rischioso per la salute umana e quindi è stato largamente usato.

18.2.1 Un po' di storia

Gli effetti dell'alluminio sui sistemi biologici erano conosciuti da molto tempo, prima dell'isolamento dell'elemento in forma metallica che avvenne nel 1825 da parte di Oersted.

Le prime indagini sistematiche sulla tossicità dell'alluminio furono intraprese da Siem nel 1886 che concluse che **"l'organo critico" nell'avvelenamento da alluminio, in seguito ad una iniezione sottocutanea (come accade con le vaccinazioni), era il cervello**, come abbiamo visto essere anche per l'avvelenamento da alchil-mercuriali (metilmercurio ed etilmercurio).

Successivamente, Scherp e Church confermarono la scoperta di Siem sulla tossicità dei composti di alluminio nei confronti del sistema nervoso centrale.

Nel 1996, l'*American Academy of Pediatrics* ha stilato un documento sulla tossicità dell'alluminio in età pediatrica affermando che "l'alluminio interferisce con una grande varietà di processi cellulari e metabolici sia del sistema nervoso che di altri tessuti".

18.2.2 Tossicità dell'alluminio

È risaputo che l'alluminio è **un metallo neurotossico** sia per l'uomo che per gli animali, ma nonostante ciò **continua ad essere usato sia nei vecchi che nei nuovi vaccini** (per esempio nel vaccino anti-Papillomavirus). Inoltre, un accurato studio della letteratura mette gravemente in risalto la sorprendente mancanza di evidenze scientifiche sulla innocuità o comunque sulla sicurezza della somministrazione parenterale di alluminio. Infatti, **sappiamo molto poco di quello che accade nell'organismo dei bambini, specie di quelli molto piccoli, dopo la somministrazione di alluminio:**

— Si accumula? Dove si accumula?

— Viene escreto? In che modo?

— Ci sono fattori genetici che possono alterare l'accumulo o l'escrezione o la tossicità dell'alluminio inoculato in neonati?

Vari Autori evidenziarono un accumulo di alluminio nel cervello di pazienti in cui erano insorti segni di encefalopatia dopo esser stati sottoposti a dialisi per lungo tempo e altri Autori dimostrarono l'accumulo di questo metallo nella cromatina dei nuclei di neuroni cerebrali dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer.

Questi e altri concetti sono espressi molto bene in un libro di Agnati, Moja e Tettamanti del 1992 che si esprime così:

"Gli studi condotti in campo umano sui livelli di diversi metalli nelle aree cerebrali hanno messo in risalto una correlazione tra le elevate concentrazioni di alluminio e diverse encefalopatie tra cui:

— *malattia di Alzheimer* (Crapper et al., 1973; Perl e Brody, 1980),

— *demenza da dialisi,*

— *demenza senile,*

— *demenza parkinsoniana di Guam* (Peri e Brody, 1982),

— *sclerosi laterale amiotrofica* (Yase, 1979),

— *sindrome di Down* (Crapper et al., 1976).

L'assorbimento di alluminio e la sua deposizione nei tessuti sono aumentate da **una deficienza di zinco** (Wenk e Stemmer, 1983), che peraltro si riscontra assai frequentemente nelle donne gravide, nei bambini e nell'anziano (Bishop et al., 1989).

Per quanto concerne la localizzazione cellulare, è dimostrato che *l'alluminio si concentra prevalentemente nei nuclei dei neuroni legandosi alla cromatina*, incidendo in tal modo sulle variazioni di conformazione del DNA necessarie per l'espressione genetica (Ganrot, 1986).

L'alluminio può depositarsi nei tessuti causando una sorta di ipertrofia e producendo così granulomi sottocutanei duri al tatto che si riassorbono solitamente in alcune settimane.

Il metallo, però, rimane in circolo nell'organismo o si deposita in un organo, poiché il nostro corpo non è in grado di metabolizzarlo e quindi di espellerlo".

Dagli anni '70-'80 sappiamo che l'intossicazione da alluminio è stata il killer silenzioso che in tutto il mondo ha causato la morte a centinaia di persone sottoposte a dialisi cronica, dopo però averle prima rese permanentemente invalide per una grave malattia ossea caratterizzata da dolori lancinanti e fratture multiple.[2]

La relazione tra alluminio e demenza è molto nota e noti sono anche gli studi effettuati sul contenuto di alluminio nelle acque sorgive del Piemonte che hanno dimostrato **una correlazione impressionante tra l'elevata concentrazione di alluminio nelle acque potabili e i casi di demenza registrati negli abitanti di quella stessa area geografica.**

[2]Sappiamo che nei soggetti in dialisi cronica si manifestano, per motivi diversi, accumuli tossici di alluminio, cromo, manganese, lantanio.

18.2.3 Livelli di sicurezza

Nell'estate 2008 l'*Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare* (EFSA: European Food Safety Authority) ha affermato che la quantità settimanale di alluminio nella dieta non dovrebbe superare 1 mg/chilo di peso corporeo, riducendo di ben sette volte la soglia precedente.

L'alluminio, presente naturalmente nell'acqua e in diversi vegetali, tende ad accumularsi nell'organismo e oltre certi livelli potrebbe creare interferenze con il sistema riproduttivo e nervoso. Il problema si pone per **il metallo "nascosto" in molti beni di consumo (come i deodoranti), in additivi usati come agenti lievitanti per i prodotti dolciari (fosfato acido di sodio e alluminio, indicato con la sigla E-541) e in alcuni medicinali (vaccini, antiacidi e acido acetilsalicilico tamponato).**

Secondo l'EFSA, **gli alimenti che incidono di più sul livello di alluminio dell'organismo sono i cereali e i prodotti da forno (pane, dolci, biscotti), ai quali seguono le verdure (spinaci, lattuga e funghi) e infine tè, cacao e spezie.**

Secondo ricerche svolte in Francia, Italia, Olanda, Inghilterra e Svezia (dai risultati per altro non omogenei), l'assunzione media settimanale di alluminio, per un adulto, varia da 0,2 a 1,5 mg/kg di peso corporeo; nei bambini e nei giovani può raggiungere i 2,3 mg/kg (due volte la soglia fissata). Chiarisce però Catherine Leclercq, membro del gruppo di esperti che ha redatto il documento: "I dati a disposizione non indicano alcuna necessità di modificare la dieta, salvo rispettare la regola di variare le scelte alimentari, in particolare quelle dei bambini".

Capitolo a parte, il *latte in polvere*: i livelli di assunzione di alluminio nei lattanti che lo utilizzano si avvicinano ai valori soglia e in alcuni casi particolari arrivano anche a 4 volte di più. Più a rischio il *latte di soia*, probabilmente per la capacità della leguminosa di concentrare il metallo.

Per i bambini, infatti, la situazione non è tranquilla e in particolare per i neonati con meno di un anno di età per i quali si è evidenziato che assumono quantità globali di alluminio pari a 0.10, 0.20, 0.43 e 0.78 mg/kg/settimana rispettivamente alle età di 0-3, 4-6, 7-9 e 10-12 mesi.

L'esposizione potenziale di alluminio per i neonati allattati al seno è inferiore a 0.07 mg/kg/settimana, mentre **il problema diventa particolarmente grave se si considerano i neonati allattati con latte artificiale**, perché in quel modo assumono circa 0.6-0.9 mg/kg/settimana di alluminio, ma peggiora ulteriormente se vengono allattati con latte di soia che fornisce loro 0.75-1.1 mg/kg/settimana di alluminio.

Commenta Leclercq: "È necessario effettuare controlli su tutti i tipi di latte commercializzati".

Il documento ritiene, invece, trascurabile **la quantità di alluminio ceduta da rotoli, vaschette e utensili da cucina (a meno che non servano per conservare**

alimenti acidi, come sugo di pomodoro e cetrioli sott'aceto). Assolte anche le lattine delle bibite (come la Coca-Cola), perché il rivestimento di plastica interno evita il contatto diretto con le bevande caratterizzate da un livello di acidità in grado di interagire.

Per quanto riguarda il tasso plasmatico dell'alluminio viene considerato normale quando è di circa 1-5 microgrammi/litro. Uno studio condotto in Polonia cita come valore medio 2,2 microgrammi di alluminio/litro di siero per gli adulti in buone condizioni di salute.

Correlazione tra le concentrazioni sieriche dell'alluminio nell'uomo adulto e gli effetti prevedibili.

Quantità di alluminio nel siero (mcg/L)	Effetti prevedibili in un uomo adulto
1-5	Tasso normale: nessun effetto prevedibile
10	*Limite superiore accettabile*: nessun effetto prevedibile
15	*Limite massimo tollerato*: effetti prevedibili solo in persone ipersensibili
> 60	Tasso oltre il quale ci può essere un danno nervoso caratterizzato da turbe neurocognitive e psicomotorie
> 100	Tasso oltre il quale si può manifestare una encefalopatia caratterizzata da demenza progressiva e degenerazione del sistema nervoso centrale

Le indicazioni europee e italiane a tale proposito raccomandano di non superare il massimo tetto plasmatico di 6 microgrammi/litro di sangue di alluminio.[3] Per quanto riguarda le esposizioni *acute*, nel Convegno Internazionale 'Alluminio e Salute' svoltosi nel 1988 ad Oslo si è raccomandato di non superare mai il livello di 80 microgrammi/litro di sangue di alluminio.

[3]Per correttezza, va segnalato che *i limiti plasmatici massimi consentiti per i metalli* vanno intesi validi per una *esposizione cronica* alla sostanza. Tassi plasmatici maggiori, cioè, sono dannosi per l'organismo specialmente se tali valori restano alti per molto tempo. Nel caso dei vaccini, i livelli plasmatici di mercurio e di alluminio restano alti solo per un tempo limitato (dato che poi i metalli escono dal sangue e si depositano nei tessuti), ma l'esposizione può essere considerata cronica a livello cellulare e comunque è anche vero che quanto maggiore è la quantità di sostanza tossica che viene somministrata in un'unica volta, tanto maggiore è il suo picco plasmatico e tanto maggiore sarà l'effetto tossico a livello cellulare. Comunque, indipendentemente dalla loro concentrazione plasmatica, **è nostro dovere evitare tutte le sostanze tossiche evitabili.**
In questi ultimi anni, inoltre, eseguendo il mineralogramma dei capelli (esame che misura la quantità di 38 minerali fisiologici e tossici contenuti nei capelli) ho potuto prendere atto che **molti bambini e adulti hanno valori molto elevati di mercurio e di alluminio nei capelli e quindi, come logica conseguenza, anche negli altri organi dell'organismo**. Ciò significa che ai metalli tossici che inoculiamo nei nostri figli con i vaccini (tossicità evitabile), vanno aggiunti anche tutti i metalli tossici che essi assorbono attraverso alimenti, aria, acqua, ecc. (tossicità non evitabile).

Quando l'alluminio arriva nel sangue, si lega ad alcune proteine plasmatiche: per il 60% alla transferrina, per il 34% all'albumina e per la parte rimanente al citrato. Legandosi alla transferrina, l'alluminio si sostituisce al ferro, che pertanto non viene più trasportato e induce piano piano uno stato di anemia microcitica, che è caratteristica dell'intossicazione da alluminio.

L'alluminio, però, può anche indebolire le pareti dei globuli rossi causando un'anemia emolitica.

Legandosi alla transferrina, che ha molti recettori a livello cerebrale, l'alluminio può oltrepassare la barriera ematoencefalica ed entrare nel cervello, dove lo si ritrova in alte concentrazioni. Ricordiamo che l'alluminio, come altre sostanze, può oltrepassare più facilmente la barriera ematoencefalica quando questa è alterata e sappiamo che molte situazioni possono contribuire ad alterarla: microbi, virus, somministrazione di adrenalina, crisi epilettiche, **onde elettromagnetiche nella banda delle iperfrequenze** (come quelle impiegate dai forni a microsonde, dai telefoni cordless, dai cellulari [GSM-UMTS], dai radar, ecc.).

Ma ora torniamo ai vaccini pediatrici.

Sappiamo che i vaccini usati nell'infanzia hanno una concentrazione fissa sia di antigene che di eccipiente, perché **si usa la stessa fiala di vaccino sia per il bambino di 2-3 mesi che in quello di 6 anni, anche se il peso corporeo tra queste due età è enormemente diverso**. Ne consegue quindi che **nel neonato iniettiamo una quantità di alluminio e di mercurio che è enormemente più alta di quella che riceve un ragazzino di età maggiore**. Ora dimostreremo la gravità di questo fatto proprio con il vaccino esavalente che viene normalmente somministrato nei nostri figli di pochi mesi di vita. Si capirà allora che, **proprio quando il bambino è piccolo, cioè quando il suo sistema immunitario è ancora incapace di difendersi e la barriera ematoencefalica è ancora immatura, noi gli iniettiamo una dose spaventosa di sostanze neurotossiche! Infatti, la prima vaccinazione è senza dubbio quella che dà la maggiore intossicazione da alluminio.**

Analizziamo la prima somministrazione di *Infanrix Hexa* (il normale vaccino *esavalente*) che riceve un neonato di 2-3 mesi e confrontiamo la dose di alluminio che gli viene iniettata in base alla tabella di dose/effetto che abbiamo visto poco prima.

La tabella sottostante illustra schematicamente le conclusioni.
La prima colonna riporta i valori normali e patologici di alluminio trivalente (Al^{3+}) per litro di siero.

La seconda colonna riporta la quantità di alluminio che, secondo i dati della prima colonna, corrispondono ai livelli sierici di un neonato di 2-3 mesi, che ha una quantità di siero pari a circa 0,248 litri (ad esempio, la quantità 0,99 è ottenuta da 4 mcg/L $\times$ 0,248 L).

La terza colonna riporta la quantità di alluminio contenuta nel vaccino esavalen-

te *Infanrix Hexa* (dato che il fosfato di alluminio contiene il 41,79% di alluminio molecolare, mentre l'idrossido di alluminio ne contiene il 34,58% e che ogni dose di questo vaccino contiene rispettivamente 1,45 mg di fosfato di alluminio e 0,95 mg di idrossido di alluminio, risulta che *ogni dose di vaccino esavalente contiene 935 mcg di alluminio molecolare*).

La quarta colonna indica il numero per il quale viene moltiplicata la quantità di alluminio considerata nella seconda colonna, quando viene iniettato il vaccino *Infanrix Hexa* (ad esempio, 944 è ottenuto da 935 : 0,99).

Relazione tra la dose di alluminio (Al^{3+}) iniettata con il vaccino esavalente in un neonato di 23 mesi, i suoi livelli di tossicità e gli effetti tossicologici prevedibili.[4]

Alluminio sierico (mcg/L)		Alluminio sierico in un neonato di 2-3 mesi (mcg/L)	Alluminio contenuto nel vaccino *Infanrix Hexa* (mcg)	Rapporto tra l'alluminio del vaccino e quello del siero
4	normale	0,99	935	944
10	limite superiore	2,48	935	377
15	limite massimo	3,72	935	251
> 60	inizio danni cerebrali	> 14,88	935	63
> 100	rischio encefalopatia	> 24,80	935	38

Questa tabella fa capire **quanto sia consistente la dose di alluminio contenuta nel vaccino esavalente**. Un neonato di 2-3 mesi riceve, tramite questo suo primo vaccino:

— 944 volte la dose di alluminio considerata normale;

— 377 volte la dose di alluminio considerata come limite superiore accettabile;

— 251 volte la dose di alluminio considerata come limite massimo tollerato;

— 63 volte la dose di alluminio capace di provocare dei danni al sistema nervoso centrale;

— 38 volte la dose di alluminio capace di generare una encefalopatia.

[4]Va calcolato che il fosfato di alluminio contiene il 41,79% di alluminio molecolare, mentre l'idrossido di alluminio ne contiene il 34,58%. Pertanto, la media del contenuto in alluminio di questi due sali è del 38% e il 38% di 680 microgrammi equivale a 258 microgrammi.

Ricordo che ultimamente **si tende ad aumentare sempre più il numero dei vaccini somministrati contemporaneamente e quindi all'alluminio contenuto nell'esavalente bisogna aggiungere quello contenuto nel vaccino antipneumococcico coniugato che oggi si tende ad associare**. Quest'ultimo vaccino contiene 125 mcg di alluminio che, aggiunti ai 935 mcg dell'esavalente, *comporta un carico totale di alluminio di 1060 mcg di alluminio.*

Inoltre, non bisogna dimenticare che le vaccinazioni non sono l'unica fonte di intossicazione di alluminio in un neonato. Egli può subire una intossicazione tramite la madre, se questa ha un eccesso di alluminio sia in gravidanza che durante l'allattamento (evento abbastanza comune in base alla mia esperienza con il mineralogramma del capello, cioè con la misura della quantità di alluminio contenuta nei capelli che esprime la quantità presente nell'organismo). Come abbiamo già detto, **tale eccesso nella madre si può ricondurre all'assunzione di alcuni alimenti, bevande, medicinali, vaccini e/o all'uso di alcuni cosmetici**. L'intossicazione di alluminio del neonato è aggravata se nasce prematuro e in particolare se riceve trasfusioni di sangue che contengono alluminio, oppure se viene nutrito con latte di soia (ricco di alluminio) o preparazioni alimentari che contengono più alluminio del latte materno. In tutti questi casi, **l'alluminio contenuto nel sangue del neonato può già avere valori così elevati da costituire un problema anche senza la vaccinazione, che ovviamente ne aumenta considerevolmente i rischi**. Inoltre, va ricordato che non ci si limita ad un solo vaccino, perché **poi ci sono i richiami e il primo richiamo viene eseguito dopo circa 2 mesi, cioè quando il bambino ha ancora moltissimo alluminio che non è certamente riuscito a smaltire**.

Quindi, quando dopo l'esavalente il bambino manifesta dei sintomi neurologici come **irritabilità, stanchezza, agitazione, insonnia, pianto, perdita di appetito, febbre, ecc.**, invece di pensare a cause psicologico/affettive o al famoso "caso" e invece di sopprimere ogni manifestazione neurologica con la somministrazione di paracetamolo (per esempio *Tachipirina*) o qualche sedativo come alcuni medici consigliano addirittura in via preventiva quasi per celare ogni sintomo di malattia, bisogna pensare che **questi sintomi siano i primi lievi segnali di una sofferenza cerebrale**.

Crescendo, il bambino riceverà poi altri vaccini di rito, come prevede il calendario delle vaccinazioni (ricordo che il vaccino antimeningococcico e antipneumococcico contengono poco mercurio e dosi discrete di alluminio, mentre il vaccino antiemofilo contiene dosi discrete di mercurio e dosi altissime di alluminio) ed è inoltre ovvio che **più sono ravvicinate le vaccinazioni, maggiore è il pericolo di un accumulo di alluminio in quanto l'organismo non ha il tempo di smaltire le dosi ricevute**.

18.2.4 Consigli pratici per evitare l'intossicazione di alluminio

Il Prof. P. Zatta del CNR, direttore della sezione *Metalloproteine* dell'Istituto Tecnologie Biomediche del Dipartimento di Biologia dell'Università di Padova, coordinatore del progetto *Interdisciplinary approach to the study of alumin toxicity* e autore di un libro proprio sugli effetti dell'alluminio nei bambini sani e malati, ha tra l'altro ricordato:

1. *I pazienti a rischio di sovraccarico iatrogeno da alluminio* sono i pazienti con insufficienza renale, i neonati e i bambini. La concentrazione di alluminio del siero di questi pazienti dovrebbe essere inferiore a 30 mcg/L.

2. *Il contenuto di alluminio dovrebbe essere specificato* su tutte le preparazioni alimentari e nei prodotti farmaceutici.

3. I *neonati pretermine* sono particolarmente vulnerabili agli effetti tossici dell'alluminio per la loro funzione renale immatura.[5] Bisogna quindi porre **particolare attenzione al latte artificiale (a base di soia) che può contenere grandi quantità di alluminio**.

4. Tutte *le preparazioni da infondere per via endovenosa* dovrebbero essere controllate monitorando l'alluminio. Il contenuto massimo d'alluminio nei preparati da infondere a neonati e bambini dovrebbe essere di 10 mcg/L.

5. La *concentrazione di alluminio nell'acqua potabile* dovrebbe essere inferiore a 50 mcg/L. Il silicio è un elemento importante che potrebbe in qualche modo contrastare la tossicità da alluminio e di conseguenza le concentrazioni di silicio nell'acqua potabile andrebbero monitorate in parallelo.

6. La *deplezione di magnesio* favorisce l'accumulo di alluminio. Tale fatto va seriamente considerato soprattutto durante la gravidanza e nel neonato per evitare potenziali conseguenze negative sullo sviluppo e sulla crescita. **La deplezione di magnesio è di frequente riscontro anche nel soggetto anziano**.

7. La *carenza di ferro* è considerata un fattore di rischio per l'accumulo di alluminio, dal momento che il ferro e l'alluminio condividono gli stessi sistemi di trasporto (transferrina).

8. I *composti contenenti acido citrico* sembrano aumentare la biodisponibilità (e quindi l'assorbimento) dell'alluminio ingerito. Di conseguenza andrebbe posta particolare attenzione nell'evitare l'associazione di questi composti a farmaci contenenti alluminio. D'altra parte, recenti studi hanno dimostrato che **anche altri acidi contenuti nella dieta** (acido succinico, acido ascorbico, acido tartarico, acido malico, acido ossalico e acido lattico) **aumentano significativamente l'assorbimento gastroenterico dell'alluminio.**

[5]Eppure vengono vaccinati come gli altri bambini, aggiungo io.

9. Ai *pazienti con insufficienza renale* andrebbe consigliato di **non bere thè** (che contiene elevate quantità di alluminio) **con succo di limone** o con altre bevande contenenti acido citrico, acido malico, acido ossalico o altri composti carbossilici.

10. **Si raccomanda di non cucinare o conservare cibi acidi (per esempio cavolo acido, pomodoro, ecc.) in contenitori di alluminio**. A questo proposito, è stato dimostrato che la cottura in alluminio del cavolo acido determina elevate concentrazioni dell'alluminio sierico fino a 20 mg/L.

Ovviamente, a queste raccomandazioni noi aggiungeremmo quella di evitare i vaccini contenenti alluminio, perché la letteratura specialistica è già molto ricca di studi che ne dimostrano la tossicità.

18.2.5 Effetti clinici dell'alluminio

Tra gli effetti clinici indesiderati dell'alluminio sono generalmente riportati **il dolore e l'infiammazione nel sito di inoculazione dei vaccini** parenterali che lo contengono, ma questo metallo può causare ben altri e più gravi danni, sia locali che sistemici. Tra quelli documentati ricordo:

- varie forme di granulomatosi vacciniche, in genere persistenti e che si sviluppano entro 18 mesi dalla vaccinazione;
- reazioni da ipersensibilità verso i tessuti dell'ospite con scatenamento di varie patologie autoimmunitarie: artriti, uveiti anteriori, amiloidosi, glomerulonefriti, meningoencefalomieliti, ecc. ;
- sensibilizzazione alla tubercolina o ad altri antigeni usati per i test cutanei, ecc. ;
- miofascite macrofagica, molto ben documentata in letteratura, è caratterizzata da artromialgie diffuse, astenia e infiltrazione muscolare di macrofagi e linfociti;
- pseudolinfoma cutaneo.

Ovviamente, non tutti i bambini ai quali viene iniettata una certa dose di mercurio e d'alluminio sviluppano le stesse reazioni. La suscettibilità all'intossicazione dipende da fattori genetici e ambientali quali:

- l'abilità a disintossicarsi dai metalli;
- la **capacità a mantenere una microflora intestinale ben equilibrata** (da cui dipende la maggior parte della rimozione dei metalli);

- l'ipersensibilità immunitaria al mercurio e/o all'alluminio.

Però, nonostante le evidenti prove circostanziali che avvalorano l'alluminio come possibile neurotossico,la scarsa attenzione è stata diretta alla ricerca dei meccanismi dell'azione tossica di questo elemento, che continua ad essere considerato praticamente "atossico".

Infatti, **continua ad essere utilizzato nelle fiale dei vaccini come *adiuvante*, cioè come agente capace di aumentare la risposta immunitaria specifica dell'organismo ad un particolare antigene**. Fino a pochissimo tempo fa, i sali di alluminio erano i soli adiuvanti approvati dalla FDA (Food and Drug Administration), perché gli altri erano considerati ancora oggetto di sperimentazione e, in molti casi, tossici.

Quello che è interessante è che in letteratura esistono migliaia di *studi acuti* che dimostrano che l'alluminio è sicuro a brevissimo termine (pochi giorni) quando viene iniettato nell'uomo, però, e questo è estremamente singolare, **non sembra esistano *studi cronici* che si spingano ad analizzare cosa accade nel paziente dopo le prime 2 settimane dalla somministrazione dell'alluminio**. Eppure, è proprio dopo molto tempo che si manifestano i reali danni dell'alluminio!

Sappiamo che i vaccini stimolano essenzialmente e primariamente la risposta immunitaria linfocitaria Th2 (quella basata sulla produzione di anticorpi plasmatici) e questi vaccini, oggi come ieri, contengono dosi elevate di alluminio.

18.3 Vaccinazioni senza metalli?

La tabella seguente riassume molto schematicamente il contenuto in mercurio e in alluminio dei vaccini venduti nel nostro Paese, anche se rinvierei alla tabella 5 (Calendario delle vaccinazioni obbligatorie) per informazioni più dettagliate. Comunque, da come si vede chiaramente, **nel nostro Paese il mercurio non è stato assolutamente allontanato e inoltre molti vaccini contengono pure l'alluminio, che è presente in dosi discrete**. Va comunque detto che pure negli Stati Uniti la situazione non è tranquilla sotto questo punto di vista, perché in un articolo del 2006 il Dr. Geier, un grande esperto di vaccini e danni da mercurio, scrive che il *thimerosal* è stato tolto da molti vaccini americani somministrati in età pediatrica, ma non da tutti, perché **rimane ancora nel vaccino antinfluenzale e nei vaccini antitetanico e antidifterico** (sia nelle fiale di associazione che monovalenti).

Tab. 77 – **Contenuto in mercurio e alluminio dei vaccini venduti nel nostro Paese (dati aggiornati al 18 gennaio 2008).**

Tipo di vaccino	**Mercurio**	**Alluminio**
Anticolerico	NO	NO
Antience alite da zecca	NO	NO
Antiemofilo B	SI	SI
Antiepatitico A	SI	SI
Antiepatitico B	SI	SI
Antierpetico	?	?
Antifebbre gialla	NO	NO
Antinfluenzale	SI	NO
Antimeningococcico tipo C	?	SI
Antipapillomavirus	NO	SI
Antipneumococcico	NO	SI
Antipoliomielitico	NO	NO
Antirabbico	NO	NO
Antirotavirus	NO	NO
Antitetanico	SI	SI
Antitifico	NO	NO
Antitubercolare	NO	NO
Antivaricella	NO	NO
BIVALENTE: Antidifterico + Antitetanico	SI	SI
BIVALENTE: Antiepatitico A + Antiepatitico B	SI	SI
TRIVALENTE: Antidifterico + Antitetanico + A ntipertossico	?	SI
TRIVALENTE: Antidifterico + Antitetanico + Antipoliomielitico	?	SI
TRIVALENTE: Antimorbilloso + Antiparotitico + Antirosolia	NO	NO
TETRAVALENTE: Antidifterico + Antitetanico + Antipertosstco Antipoliomielitico	?	SI
PENTAVALENTE: Antidifterico + Antitetanico + Antiepatitico B + Antipoliomielitico + Antipertossico	?	SI
PENTAVALENTE: Antidifterica + Antitetanico + Antipoliomielitico + Antipertossico + Antiemofilo B	SI	SI
ESAVALENTE: Antidifterico + Antitetanico + Antiepatitico B + Antipoliomielitico + Antipertossico + Antiemofilo B	tracce	SI

Oltre a questo, comunque, bisogna porsi una domanda ancora più allarmante: se l'Industria Farmaceutica toglie il mercurio dai vaccini, con cosa lo sostituisce?

La tabella seguente è molto esplicita.

Tab. 78 – **Composizione dei vaccini DTPa attualmente venduti negli USA**.

Componente del vaccino	Vaccini DTPa contenenti mercurio (Ditta Aventis Pasteur)	(Ditta Wyeth-Lederle)	Vaccini DTPa senza mercurio (Ditta GlaxoSmithKline)
Tosseide difterico (Lf/dose)	6,7	9	25
Tossoide tetanico (Lf/dose)	5	5	10
Tossina pertossica (mcg/dose)	23,4	3,5	25
Pertactina(*) (mcg/dose)	—	2	8
Emoagglutinina (mcg/dose)	23,4	3,5	25
Agglutinogeni (mcg/dose)	—	0,8	—
Alluminio come adiuvante (mg/dose)	0,17	0,23	0,50
Diluente	soluzione salina tampone fosfatata	soluzione salina tampone fosfatata	soluzione salina
Disinfettante	formaldeide	formaldeide	formaldeide
Conservante	thimerosal	thimerosal	fenossietanolo
Altre sostanze in tracce	gelatina, polisorbato-80	gelatina, polisorbato-80	polisorbato8

(*) La *pertactina* è un fattore virulento altamente immunogenico della *Bordetella pertussis*, il batterio che causa la pertosse; più specificatamente, è una proteina della membrana esterna che provoca l'adesione del batterio alle cellule tracheali. È considerato uno dei più importanti componenti del vaccino antipertossico acellulare.

Da un semplice sguardo a questa tabella si possono fare alcune osservazioni. I vaccini senza mercurio:

— contengono quantità maggiori di antigeni batterici;

— contengono **dosi più che doppie di alluminio**;

— al posto del mercurio (*thimerosal* contengono **fenossietanolo, una sostanza altamente tossica.**

Data l'enorme tossicità del mercurio, lo scambio è probabilmente vantaggioso, ma il nostro entusiasmo è stato sicuramente affievolito da questi riscontri.

18.4 Altre sostanze tossiche contenute nei vaccini

Oltre al mercurio e all'alluminio, che abbiamo visto essere due metalli molto tossici specie se usati per via parenterale, i vaccini possono contenere:

— *antibiotici* (la *neomicina* è contenuta nel vaccino antiepatitico A, antipoliomielitico di Salk, antirabbico, antitubercolare, antinfluenzale[6], antimorbilloso-antiparotitico-antirosolia [MPR] e nei vaccini esavalente e pentavalenti);

— *proteine dell'uovo* (contenute per esempio nel vaccino MPR, antiepatite A, antinfluenzale e antitubercolare);

— *emoderivati di animali sospetti*,

— *metalli e altri minerali tossici in nanoparticelle*;

— *varie sostanze allergizzanti*.

Per quanto riguarda il rischio dell'allergia all'uovo, comunque, va detto che, per i vaccini antivirali, sarà molto più rara in futuro grazie ai vaccini moderni dove il virus può essere fatto crescere in colture cellulari di fibroblasti umani.

Ricordo che il vaccino MPR può contenere anche *gelatina* e che è stata dimostrata la possibile intolleranza pure verso quest'ultima sostanza. Oltre a queste sostanze, i vaccini contengono anche formaldeide, emoderivati di animali sospetti e vari adiuvanti.

18.4.1 Formaldeide

Una notizia che ha suscitato particolare scalpore è la presenza nei vaccini della formaldeide[7]: una sostanza notoriamente tossica e fortemente allergizzante che recentemente è stata indicata anche come **potenziale composto mutageno e cancerogeno**.

Interessante è una affermazione circa il suo uso nei prodotti cosmetici: "La formaldeide è stata classificata *probabilmente cancerogena* dal CIRC (Centro Internazionale di Ricerca sul Cancro). Una tale sostanza **non dovrebbe assolutamente essere utilizzata in un prodotto cosmetico**". ... **Però viene usata nei vaccini destinati ai neonati ai quali non viene applicata sulla cute ma addirittura iniettata nell'organismo!**

La formaldeide dell'atmosfera, in presenza di radiazioni UV, si dissocia a formare radicali OH, che innescano la catena fotochimica. Insieme all'ozono e all'aci-

[6]Oltre alla neomicina, i vaccini antinfluenzali contengono anche altri antibiotici variamente associati tra loro: *kanamicina*, *gentamicina* e *polimixina B*.

[7]I termini *formaldeide* e *formolo* sono sinonimi (la formalina invece è una soluzione di formaldeide). È vero che questa sostanza è tossica e fortemente sospetta di essere cancerogena, ma è altrettanto vero che questi danni sembrerebbero manifestarsi solo in caso di uso prolungato negli anni. Resta però sempre aperto il problema di cosa potrebbe accadere quando in un paziente il danno tossicologico di una sostanza si somma a quello di altre sostanze che la persona assume involontariamente (con vaccini [mercurio e alluminio], alimentazione, respirazione, ecc.) o volontariamente (fumo di tabacco, caffè, ecc.).

do nitroso, la formaldeide è quindi un precursore dello smog fotochimico, oltre ad essere un prodotto di tali processi.

Nei vaccini, la formaldeide viene usata come disinfettante della soluzione vaccinale e i vaccini che la contengono sono (cfr. Tab. 6):

— tutti i vaccini antinfluenzali;

— tutti i vaccini antitetanici e quelli multipli contenenti l'antitetanico;

— il vaccino antiepatitico A, probabilmente anche 1'antiepatitico B e i vaccini multipli contenenti l'antiepatitico A;

— il vaccino antipoliomielitico inattivato di Salk;

— il vaccino trivalente antimorbillo-parotite-rosolia;

— il vaccino antirotavirus.

Fa molto pensare il fatto che, pur contenendo formaldeide e pur sapendo che questa sostanza potrebbe essere cancerogena e mutagena, nella scheda tecnica di questi vaccini (tutti approvati dal nostro Ministero della Salute) si legga che non sono stati indagati per accertare o meno la loro eventuale tossicità cancerogena e mutagena. Inoltre, è interessante sottolineare che **nei vaccini non è neppure precisata la dose di formaldeide che contengono.**

Credo sia utile precisare che tutti gli studi scientifici riguardanti questa sostanza sono stati eseguiti solo in soggetti che ne sono venuti a contatto per via transcutanea o per inalazione. Per quanto ne so, **non esistono studi scientifici che svelino cosa può accadere quando la formaldeide viene iniettata in un neonato di soli 2-3 mesi** ... che invece è proprio quello che accade quando vacciniamo i nostri figli.

Infatti, la banca dati della *National Library of Medicine* riporta migliaia di articoli sulla formaldeide, ma di questi solo 63 riguardano l'uso di questa sostanza nei vaccini valutando semplicemente il suo effetto disinfettante e antimicrobico, mentre nessun articolo valuta l'effetto di questa sostanza dal punto di vista tossicologico. Infatti, **mancano totalmente anche gli studi clinici sugli effetti della formaldeide nell'uomo che la riceve in piccole dosi**. Abbiamo trovato un solo lavoro relativo al suo effetto allergizzante che ha peggiorato un eczema di una infermiera vaccinata con il vaccino antiepatitico B: la dose contenuta in quel vaccino era di soli 0,02 mg/ml, quindi una dose minima, ma a quanto pare sufficiente per scatenare la reazione allergica.

Cioè, **diamo a dei bambini di pochi mesi una sostanza fortemente sospetta di essere cancerosa e mutagena e addirittura gliela iniettiamo all'interno dell'organismo!**

Ricordo infine che le sostanze cancerogene non hanno un effetto dosedipendente, cioè **l'effetto stimolante la formazione di un tumore è indipendente dalla dose somministrata.**

18.4.2 Fenossietanolo

Il fenossietanolo appartiene al gruppi degli eteri del glicole etilenico ed è un conservante molto diffuso. È conosciutissimo e utilizzato da molti anni in particolare dagli allevatori di specie marine di tutta Europa. Ha un grande effetto di **anestetico generale e tranquillizzante**.

Questo composto è rapidamente biodegradabile e **ha buone caratteristiche di tossicità acuta** perché non tende ad accumularsi nell'uomo.

Quello che è interessante segnalare, però, è che un avviso dell'8 novembre 2000 della *Commissione di Sicurezza dei Consumatori* raccomanda di sostituire il fenossietanolo nei prodotti cosmetici a causa della sua tossicità locale, e perché contiene *impurezze di fenolo* (che è una sostanza molto tossica e che presenta vari dati di mutagenicità e di tossicità sul ciclo riproduttivo) eppure la nostra Legge permette che venga usato addirittura nei vaccini da somministrare ai neonati!

18.4.3 Emoderivati di animali sospetti

Nel gennaio 1993, in Gran Bretagna, si è avuto il picco epidemico della BSE: l'encefalopatia spongiforme bovina da cui può discendere, come variante umana, la famosa e grave malattia di Creutzfeldt-Jakob.[8]

Anche se non se ne sentì parlare a lungo dai media, in realtà in 7 anni, fino al luglio 2000, **i casi di BSE confefermati in Gran Bretagna erano stati circa 180.000 e interessavano decine di migliaia di allevamenti**.

Questo problema riguarda da vicino l'argomento dei vaccini perché **i prodotti di derivazione animale utilizzati per la produzione dei vaccini includono gelatina, glicerolo, aminoacidi, enzimi, sangue e siero**.

La FDA, allora, nel 2003 (cioè 10 anni dopo l'esplosione della malattia!) pubblicò **un elenco di vaccini per i quali venivano usate sostanze prelevate da bovini provenienti da Paesi a rischio di BSE**. Questi vaccini venivano usati anche in Italia ed erano alcuni ceppi dei seguenti tipi:

- vaccino trivalente antidifterico-antitetanic-oantipertossico acellulare;

[8] La *malattia di Creutzfeldt-Jakob* è una malattia del sistema nervoso centrale ad evoluzione progressiva e **sempre fatale**, caratterizzata da ingravescente demenza e attacchi epilettici mioclonici. L'agente infettante è una proteina denominata “prione”.

- vaccino antiepatitico A;
- vaccino bivalente antiepatite A e B;
- vaccino antiemofilo di tipo B;
- vaccino antipoliomielitico inattivato;
- vaccino antipneumococcico;
- vaccino antiantrace (somministrato nei militari americani durante la Guerra del Golfo).

Di tutto questo in Italia non si seppe nulla!, anche se nel 1997 il nostro Ministro della Salute aveva sospeso la commercializzazione di un vaccino antiemofilo per la cui produzione veniva usata **una infusione di cervello e cuore bovini**, rassicurando però tutti che non c'era alcun pericolo, anche se all'inizio dello stesso anno fu pubblicato un articolo anglosassone che non lasciava certamente tranquilli e che diceva così: "**Le sostanze bovine incriminate sono finite nei cibi per bambini, nei cibi per animali, nei cosmetici e nei vaccini. Solo il mese scorso in Inghilterra è stato ritirato il vaccino antipolio che si scoprì essere stato prodotto da siero bovino inglese estratto quando la malattia era al suo apice. Undici milioni di bambini hanno ricevuto quel vaccino**. Anche i vaccini contro morbillo, parotite, rosolia, difterite e pertosse vengono prodotti usando sostanze bovine a rischio. ... Il maggior esperto britannico di BSE, sir Richard Southwood, ha scritto che il pericolo di infezione dovuta ai vaccini è moderatamente elevato e ha raccomandato di rimuovere ogni sostanza bovina da quei prodotti.

18.4.4 Metalli e altri minerali in nanoparticelle

Si sapeva che i vaccini possono contenere alcuni metalli, in particolare il mercurio e l'alluminio, ma **non si sapeva che potessero contenere minerali tossici in nanoparticelle.**

Credo che molti ricorderanno i militari italiani morti o affetti da gravissime malattie in seguito alla missione nei Balcani, ma non quelli morti a causa del conflitto bellico, cioè per colpa della violenza e delle armi, bensì quelli morti senza neppure partire per i Balcani.

All'inizio era stato imputato l'utilizzo di proiettili all'uranio impoverito con la conseguente dispersione nell'ambiente di nanoparticelle di minerali pesanti prodotte dalle esplosioni del materiale bellico.

Successivamente, però, il Prof. Franco Nobile, presidente di *Legatumori Senese*, il 26 luglio 2007 tenne un'audizione al Senato presso la Commissione parlamentare di inchiesta sull'uranio impoverito e lo assolse dalla responsabilità di provocare danni alla salute, mentre attribuì il tutto alla **caduta delle difese immunitarie a**

causa delle vaccinazioni che i militari avevano ricevuto (ciò spiegherebbe anche perché i danni hanno colpito pure i militari che non erano mai partiti per i Balcani).

Il 12 febbraio 2008, a conclusione dei suoi lavori, la Commissione parlamentare di inchiesta ha inviato al presidente del Senato la relazione conclusiva nella quale è stata posta in particolare evidenza la tesi sull'immunodepressione sostenuta dal Prof. Nobile. Tra i passi più salienti riportiamo il seguente:

"... Sarebbe utile dare inizio quanto prima ad un programma di verifica degli attuali schemi di vaccinazione praticati ai medesimi soggetti [militari destinati all'estero] accertando, in caso di successive missioni ravvicinate, la situazione immunologica del soggetto ... Secondo quanto evidenziato da alcuni dei medici interpellati, una particolare attenzione dovrebbe essere riservata al monitoraggio delle condizioni immunitarie dei soggetti osservati, in particolar modo prima di procedere alla somministrazione dei vaccini previsti, la cui azione, per l'appunto, potrebbe incidere ulteriormente sulla situazione immunitaria del soggetto, atteso che eventuali stati di immunodepressione, pur non immediatamente evidenti, sono spesso il campanello d'allarme di patologie più gravi in corso di sviluppo. Gli attuali protocolli potrebbero quindi essere integrati con analisi specificamente mirate a controllare i livelli delle difese immunitarie ..."

Infatti, secondo i referti del *Laboratorio dei Biomateriali del Dipartimento di Neuroscienze* dell'Università di Modena, **in campioni biologici di un militare deceduto per linfoma non Hodgkin, furono trovati grandi quantità di metalli**. Lo studio, che fu eseguito con una tecnica innovativa di Microscopia Elettronica a Scansione (ESEM) utile per verificare la presenza di corpi estranei (polveri) nel corpo umano e di Microanalisi a Raggi X per valutarne la composizione chimica, si è concluso con il seguente referto: "Nei campioni osservati si è trovata **la presenza di corpi estranei micro e nano dimensionati. In tutti i campioni è presente un composto di ferro con una composizione complessa e la stessa cosa si può dire per i composti di rame e zinco e per quelli di piombo**. La complessità di composizione di alcune particelle potrebbe derivare da processi di fusione incontrollata ad alta temperatura. Particolare attenzione deve essere posta per le **particelle di antimonio e di antimonio-cobalto**. Questi ultimi composti, assieme a quelli di rame-zinco e piombo non sono sicuramente biocompatibili, sia per la loro composizione chimica che per la loro ridotta dimensione. La presenza di questi composti in sedi così interne del corpo umano (nello sperma e nelle cellule staminali) sta ad indicare una disseminazione in tutte le parti del corpo. Non sono noti in letteratura i possibili effetti tossici sintetici di tali particelle".

Il medesimo laboratorio, sempre dietro richiesta della madre del suddetto militare deceduto per linfoma, ha analizzato anche i vaccini che erano stati somministrati al giovane dalla Sanità Militare. Dei vari vaccini inviati, è stato fornito solo un referto (per il vaccino vivo tifoideo *Vivotif* Berna e per il vaccino tifoideo *Typhim Vi*). Ebbene, il referto dell'analisi con Microscopia Elettronica a Scansione (ESEM) e di Microanalisi a Raggi X è stato il seguente: "**Nei vaccini sono stati trovati alcuni**

corpi estranei. Sono composti di piombo oppure di ferro oppure di zirconio oppure di elementi come stronzio e bismuto".

Questo referto è stato molto più succinto del precedente e si è limitato solo ai due vaccini tifoidei (uno orale e uno iniettabile), ma è ugualmente esplicito.

COME È POSSIBILE CHE I VACCINI CONTENGANO QUESTI MINERALI? E I VACCINI PEDIATRICI ANTITETANICO, ANTIDIFTERICO ECC. CHE VENGONO INIETTATI ANCHE AI NOSTRI BAMBINI, COSA CONTENGONO?

Ci dicono di stare tranquilli e che tutto è sotto controllo ..., ma sappiamo che non è così, perché ogni tanto accade qualche fatto, o per errore umano o per imprudenza/imperizia, che non è sempre prevedibile a priori ... e di questo veniamo avvisati solo dopo molto tempo.

Anche di questi rischi si deve tener conto quando si decide di somministrare un vaccino, specie se lo somministriamo ad un neonato.

18.5 La ricerca di nuovi adiuvanti

Attualmente, i più comuni adiuvanti per i vaccini umani sono l'*idrossido* o il *fosfato di alluminio*; meno frequentemente vengono invece usati il *fosfato di calci*o o delle *emulsioni oleose*.

Sono state fatte molte ricerche per cercare di scoprire degli adiuvanti alternativi come:

- *derivati del muramyl-dipeptide*;
- *monofosforil lipide A* (un esempio è l'AS04[9] contenuto nel vaccino antipapillomavirus);
- liposomi;
- QS21;
- MF59 (cioè oli come squalene e squalane);
- complessi immunostimolanti.

Un altro sistema sarebbe quello di rilasciare nell'organismo gli antigeni vaccinici usando delle *microsfere polimeriche biodegradabili* (in questo modo si potrebbe ridurre il numero delle dosi richieste per una immunizzazione primaria).

[9]L'AS04 è un adiuvante messo a punto dalla GlaxoSmithKline che contiene:
— 500 mcg di alluminio idrossido;
— 50 mcg di monofosforil lipide A 3-deacilato (è lipopolisaccaride denominato MPL ed è una molecola fortemente immunostimolante ottenuta dalla *Salmonella minnesota*).

Capitolo 21

COSA DEVE FARE CHI VOLESSE EVITARE LE VACCINAZIONI?

Le vaccinazioni vanno ovviamente rifiutate in tutti i casi in cui sono chiaramente controindicate. Questi casi dovrebbero essere sempre ben conosciuti dal medico di famiglia o dai medici dei Servizi di Igiene e di Sanità Pubblica, ma la mia esperienza mi ha insegnato che non è sempre così (non scordiamo che "*Errare a vero, humanum est*") e quindi consiglio ai genitori di fare molta attenzione sia per non sottovalutare questo problema sia, comunque, per non accettare mai incondizionatamente e acriticamente quello che viene detto loro dai medici che *dovrebbero* essere competenti.

Nasce allora una domanda: *Cosa devono e cosa non devono fare i genitori che non vogliono vaccinare il loro figlio o comunque che sono molto perplessi sulla innocuità delle vaccinazioni neonatali*?[1]

21.1 Premessa

Nella Storia della Medicina abbiamo assistito a continue proposte di **nuovi vaccini che sostituiscono quelli ritirati dal mercato a causa dei danni provocati**. La ricerca scientifica oggi è nelle mani delle multinazionali farmaceutiche che, attraverso una **propaganda** pubblicitaria fittissima, nascondono alla popolazione e alla

[1] Per la compilazione di questa parte, mi sono fatto aiutare dalla Dr.ssa Barbara Maria Longo che ha sperimentato personalmente parte di questo iter legale nella sua città in provincia di **Padova** e in modo più specifico ho preso spunto dal materiale fattomi gentilmente avere dalla Federazione del *COMILVA* che mi ha messo a disposizione la Sezione 04 del suo "Manuale per l'Autodifesa" che spero molto venga presto pubblicato essendo un ricco e prezioso strumento per molte famiglie e per molti operatori sanitari.

Classe Medica la verità sugli effetti indesiderati dei vaccini e fanno credere ciò che loro vogliono si creda.

Il nostro Ministero della Salute prevede per i bambini ben 14 vaccinazioni, anche se di queste solo **quattro rimangono obbligatorie**. Comunque, quando un genitore porta il suo neonato di 2,5-3 mesi a fare la prima vaccinazione, si vede posto il *vaccino esavalente* (formato dai quattro vaccini obbligatori e due facoltativi) e la proposta è così impositiva che ben difficilmente i genitori hanno le conoscenze e la forza per opporsi.

Ovviamente, la cosa viene proposta come vantaggiosa per il bambino: meno iniezioni, assenza di mercurio nella fiala[2], più comodità e semplicità nel fare i richiami.

La realtà, purtroppo, non è così banale e in qualche raro caso si tinge addirittura di tragico, perché il bambino subisce l'eccessiva e fortemente squilibrante quantità di vaccini in una sola volta e sappiamo che:

— all'età di pochi mesi la barriera ematoencefalica è ancora immatura e quindi sono molto più facili i passaggi nell'encefalo di sostanze estranee (virus attenuati, frazioni di batteri, piccole proteine, immunocomplessi, metalli, ecc.);

— a quell'età il sistema immunitario è totalmente immaturo e ancora incapace di reazioni adeguate;

— maggiore è il numero dei vaccini somministrati insieme, maggiore è il rischio di danno all'organismo;

— minore è l'età del bambino, maggiore è la gravità e la durata nel tempo di un ipotetico danno all'organismo.

Quando un genitore sceglie di non vaccinare il proprio figlio, deve sapere che in alcuni casi (a seconda dell'ASL e della Regione in cui si trova), speriamo ancora per poco, potrebbe trovarsi a dover fronteggiare alcune difficoltà. Ciò non deve assolutamente dissuadere dall'intraprendere un cammino in cui crede (anche se si possono subire forzature e pressioni esterne), perché ***lo scopo ultimo da non dimenticare mai è che UN GENITORE HA IL DOVERE, a qualsiasi costo, di non danneggiare ma di salvaguardare la salute dei propri figli*** *e quando è incerto, ha il dovere di attendere e informarsi, perché il figlio che l'Onnipotente gli ha affidato non vale solo più del suo lavoro e del suo tempo, ma anche più della sua stessa vita!*

[2] Questo, come abbiamo visto nelle pagine precedenti, non è completamente vero perchè **il vaccino esavalente contiene tracce non ben quantificate di mercurio e inoltre contiene quantitativi rilevanti di alluminio**, oltre a neomicina e Polimixina B.

21.2 Cosa sta cambiando in alcune Regioni italiane?

Dal punto di vista burocratico, comunque, va aggiunto che:

— dalla fine di dicembre 2005 la *Regione Lombardia* ha deciso di togliere le sanzioni amministrative che incombevano su coloro che non volevano, sottoporre i loro figli alle vaccinazioni obbligatorie;[3]

— il 10 aprile 2006 la *Regione Piemonte* ha approvato il suo nuovo "*Piano di promozione delle vaccinazioni*" togliendo la distinzione tra vaccinazioni pediatriche obbligatorie e facoltative;[4]

— a partire dall'1.1.2008 è scattata la liberalizzazione delle vaccinazioni pediatriche per la Regione Veneto, prima Regione italiana a togliere questo obbligo (cfr il testo sottostante).

Non ho informazioni da altre Regioni, ma queste sono sicuramente promettenti ed è molto probabile che in un prossimo futuro anche **il nostro Paese si uniformi alla maggior parte delle Nazioni europee abolendo l'obbligatorietà vaccinale, se non altro per il 2010, anno in cui dovrebbe scattare la liberalizzazione delle vaccinazioni pediatriche per tutti i Paesi appartenenti alla Comunità Europea**.

Comunque, finché resta l'**obbligo di legge**, va detto che la sua infrazione comporta *un reato amministrativo* (non penale): l'inosservanza dell'obbligo vaccinale

[3]Delibera della Giunta della Regione Lombardia n. VIII/1587 del 22.12.2005: "*Determinazione in ordine alle vaccinazioni nell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia*".

[4]Dal quotidiano **La Stampa, lunedì 29.5.2006**: **Il Piemonte cancella le vaccinazioni obbligatorie**. Prima Regione in Italia, abolisce con una rivoluzione storica le iniezioni "per legge" e riordina in due sole categorie la distinzione "obbligatorie", "consigliate" e "facoltative", fonte di confusione e incertezza per mamme e papà. Esisteranno solo vaccini "prioritari" e non.
Spariscono multe e denunce al Tribunale per i Minori, per far posto alla formazione: i genitori che decideranno di non sottoporre i figli ai vaccini finora obbligatori contro difterite, tetano, polio ed epatite B saranno invitati a partecipare a un ciclo di lezioni sull'importanza dell'immunizzazione. Così la Regione avrà assolto il suo dovere di promozione della salute, **ma non interferirà poi nella scelta consapevole delle famiglie**. Il nuovo "Piano di promozione delle vaccinazioni" viene presentato oggi, ma "La Stampa" è in grado di anticiparlo. Sessanta pagine approvate il 10 aprile scorso al termine di un lungo lavoro che ha visto, fra l'altro, impegnato un consiglio di saggi: un pediatra, un procuratore della Repubblica in pensione, un medico legale e un eticista valdese. Vittorio Demicheli è il responsabile della Sanità pubblica del Piemonte: «Le vaccinazioni – spiega – costituiscono un'attività fondamentale per la prevenzione. Ma è dimostrato che il vecchio concetto di "facoltativo" veniva interpretato come sinonimo di "inutile", mentre l'imposizione era criticata. Il termine "prioritario" creerà un atteggiamento nuovo da parte delle famiglie». Tra i motivi che hanno convinto il Piemonte a cambiare rotta c'è poi una constatazione: «**Il Tribunale per i minorenni di Torino ha deciso di non voler più essere informato delle vaccinazioni obbligatorie non fatte, a meno che questo non si accompagni a maltrattamenti in famiglia**. Inutile, quindi, continuare a denunciare e multare i "fuorilegge". Per chi contesta da sempre i vaccini, è un motivo in più per alimentare la crociata. Per le Regioni, solo uno spreco di tempo e denaro per contrastare **ricorsi che nel 50% dei casi vengono vinti dalle famiglie. Nessuno cambia idea e si arricchiscono solamente gli avvocati** ».

è stata depenalizzata dalla Legge 689 del 24/11/81 sulle sanzioni amministrative e soprattutto dalla interpretazione in questo senso che ne fa la Cassazione con la sua sentenza n. 1511 del 12/12/90.

21.3 Regione Veneto: LEGGE REGIONALE N.7 del 23 marzo 2007 "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva"

Il Consiglio regionale ha approvato
Il Presidente della Giunta regionale
Promulga

la seguente legge regionale:

Art. 1 – Sospensione dell'obbligo vaccinale

1. Per tutti i nuovi nati a far data dal 1° gennaio 2008 è sospeso nella Regione del Veneto l'obbligo vaccinale disposto dalle seguenti leggi:

   a) legge 6 giugno 1939, n. 891 "Obbligatorietà della vaccinazione antidifterica";

   b) legge 5 marzo 1963, n. 292 "Vaccinazione antitetanica obbligatoria" e successive modificazioni e legge 20 marzo 1968, n. 419 "Modificazioni alla legge 5 marzo 1963, n. 292, recante provvedimenti per la vaccinazione antitetanica obbligatoria";

   c) legge 4 febbraio 1966, n. 51 "Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica";

   d) legge 27 maggio 1991, n. 165 "Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B".

2. Le vaccinazioni previste dalle leggi di cui al comma 1, continuano a costituire livello essenziale di assistenza ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e dalla vigente normativa in materia; tali vaccinazioni sono offerte attivamente e gratuitamente dalle aziende unità locali socio-sanitarie (ASL), restando inserite nel calendario vaccinale dell'età evolutiva, approvato e periodicamente aggiornato dalla Giunta regionale, in conformità agli indirizzi contenuti nel vigente Piano nazionale vaccini, secondo quanto previsto dalla normativa statale in materia.

3. È fatto salvo quanto previsto dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210 "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati" e successive

modificazioni e dalla legge 29 ottobre 2005, n. 229 “Disposizioni in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie”.

Art. 2 – Disposizioni attuative

1. La Giunta regionale, al fine di garantire un’offerta vaccinale uniforme su tutto il territorio regionale, emana le linee guida per la definizione delle azioni da applicarsi da parte delle competenti strutture delle ASL.

2. Fino all’adozione del provvedimento di cui al comma 1, le ASL continuano ad eseguire le procedure attualmente praticate per le vaccinazioni dell’età evolutiva.

Art. 3 – Comitato tecnico scientifico

1. Al fine di valutare gli effetti derivanti dall’applicazione della presente legge, è istituito un Comitato tecnico scientifico, di seguito denominato Comitato, presso la struttura della Giunta regionale competente in materia di prevenzione.

2. La Giunta regionale definisce la composizione ed il funzionamento del Comitato.

3. Previa intesa con il Ministero competente alle riunioni del Comitato partecipano il direttore del centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie ed un rappresentante dell’Istituto superiore di sanità.

4. Il Comitato redige semestralmente un documento contenente la valutazione dell’andamento epidemiologico delle malattie per le quali la presente legge sospende l’obbligo vaccinale ed il monitoraggio dell’andamento dei tassi di copertura vaccinale nel territorio regionale, e lo trasmette, entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ogni anno, alla struttura della Giunta regionale competente in materia di prevenzione.

Art. 4 – Ripristino dell’obbligo vaccinale

1. In caso di pericolo per la salute pubblica conseguente al verificarsi di eccezionali e imprevedibili eventi epidemiologici relativi alle malattie per le quali la presente legge ha sospeso l’obbligo vaccinale, ovvero, derivante da una situazione di allarme per quanto attiene i tassi di copertura vaccinale evidenziata dal documento di cui all’articolo 3 redatto dal Comitato, il Presidente della Giunta regionale sospende, con motivata ordinanza, l’applicazione della presente legge.

Art. 5 – Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dall’attuazione dell’articolo 3, quantificati in euro 5.000,00 per ciascun esercizio del triennio 2007-2009, si fa fronte utilizzando le risorse allocate

sull'upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità" del bilancio di previsione 2007 e pluriennale 2007-2009.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione veneta. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Veneta.

23 marzo 2007

Il Presidente della Regione Veneto
Galan

21.4 Richiesta di rinvio dell'obbligo vaccinale

Se un genitore desidera rinviare l'inizio delle vaccinazioni obbligatorie **per dare tempo al sistema immunitario del figlio di crescere e maturare un po' di più con minor rischio di interferenze pericolose e fortemente destabilizzanti come quelle vaccinali**, deve sottoporre il figlio ad una adeguata visita medica mirante ad appurare le sue reali condizioni di salute. Tale visita deve essere eseguita da un medico esperto di vaccinazioni e in particolare che conosca bene anche gli effetti negativi che queste possono svolgere sull'organismo del neonato. A tale scopo, il medico deve raccogliere le seguenti informazioni:

— condizioni psicofisiche dei genitori, dei nonni e dei parenti prossimi del bambino con particolare attenzione all'eventuale presenza di patologie genetiche ereditarie;

— uso e/o abuso, prima o durante la gravidanza, da parte dei genitori, di farmaci o sostanze tossiche capaci di interferire con la gravidanza o con il prodotto del concepimento;

— condizioni psicofisiche ed età della madre durante la gravidanza;

— durata e modalità di espletamento del parto;

— condizioni del bambino durante il parto e nei primi giorni di vita extrauterina, con particolare riguardo alla prematurità o ad eventuali situazioni patologiche associate;

— condizioni patologiche insorte durante tutta la vita del bambino con particolare riguardo alla presenza di patologie direttamente o indirettamente collegate al sistema immunitario e all'uso di farmaci interferenti con esso (una speciale attenzione deve essere rivolta verso patologie acute allergiche, autoimmunitarie, neurologiche o infiammatorie e verso qualsiasi tipo di patologia cronica);

— approfondito esame obiettivo con particolare riguardo ai segnali con cui l'organismo può avvertire di una debolezza immunitaria: ingrossamento linfonodi laterocervicali, ipertrofia di adenoidi e/o tonsille, lingua non rosea, mucose pallide, cerume abbondante, addome meteorico, scarso incremento ponderale e staturale, ritardo nello sviluppo psicofisico (specie per quanto riguarda la forza muscolare e i movimenti attivi), febbre e modalità di comunicazione del bambino con i genitori e con l'ambiente.[5]

21.4.1 Regola d'oro per il medico che visita un bambino

Non si devono *mai ignorare le osservazioni della madre e del padre*, per quanto stupide, futili o poco importanti possano sembrare. In particolare, non devono mai essere ignorate specialmente nel caso non concordino con la diagnosi fino a quel momento ipotizzata. La mia esperienza mi ha insegnato che queste osservazioni sono state quasi sempre utili nella soluzione dei casi più difficili.

Se da questa particolareggiata visita medica *(che è anche la stessa che dovrebbe essere attuata anche dal medico vaccinatone prima di ogni vaccinazione e in particolare prima della prima vaccinazione)* emergono alcuni elementi che possono non solo controindicare la vaccinazione, ma anche solo sconsigliarla ritenendola pericolosa perché potrebbe alterare il delicato equilibrio immunitario che il bambino cerca lentamente di conseguire, il medico interpellato dai genitori può rilasciare a questi ultimi un certificato in cui opta per una delle seguenti possibilità:

— controindica le vaccinazioni obbligatorie;

— sconsiglia le vaccinazioni obbligatorie per un tempo definito di mesi o anni;

— consiglia l'esecuzione di una sola vaccinazione o di pochi vaccini somministrati singolarmente;

— non riscontra motivi per rinviare o controindicare le vaccinazioni.

Nel caso si opti per il rinvio dell'obbligo vaccinale e, ad esempio, nel caso il bambino sia immunologicamente debole e intollerante a qualche alimento, IL MEDICO, molto meglio se dispone di esami ematochimici specifici (come emocromo, tipizzazione linfocitaria, tipizzazione tessutale HLA, immunoelettroforesi, ecc.), POTREBBE STILARE UN DOCUMENTO COME QUELLO SOTTOSTANTE:

[5] Per un adeguato studio psicofisico del neonato si consiglia la lettura delle prime 50 pagine del seguente libro di pediatria omeopatica, dato che è risaputo che l'approccio omeopatico è particolarmente attento a tanti sintomi e segni che normalmente non vengono sempre correttamente valorizzati dai pediatri convenzionali.: Master F, J. *Osservazioni cliniche sui rimedi pediatrici omeopatici*. Edizioni Salus Infirmorum, Padova, 2007.

Spett.le ASL XXX

Oggetto: Consiglio di rinvio dell'obbligo vaccinale per il bambino XXX.

Certifico che il bambino XXX nato il XXX fin dalla nascita ha sviluppato una debolezza costituzionale con bilanci di crescita ponderale ai limiti inferiori per l'età, ma in modo particolare ha manifestato una debolezza immunitaria particolarmente spiccata con frequenti e prolungate patologie ad esordio virale che, invece di regredire in 2-3 giorni, si complicavano con sovrainfezione batterica e febbri prolungate non sempre prontamente rispondenti alla terapia specifica. Una tale situazione clinica è attribuibile ad una ipogammaglobulinemia con alterazione delle reazioni immunitarie linfocitarie Th1/Th2 che, nonostante l'età attuale, non si sono ancora normalizzate.
Dato che il sistema immunitario infantile viene formato prevalentemente a livello intestinale, uno squilibrio immunitario si riflette facilmente con alterazioni della flora microbica tessutale a cui consegue un alterato assorbimento del cibo e facili instaurazioni di intolleranze alimentari (al piccolo XXX, infatti, è stata anche diagnosticata una spiccata intolleranza al latte vaccino). Inoltre, l'alterato assorbimento del cibo induce una relativa carenza vitaminica e minerale nel bambino con conseguente indebolimento di tutto l'organismo e in particolare del sistema immunitario, già debole di per se stesso.
Ora, è ampiamente noto che, se non si interferisce con farmaci ad azione immunoalterante (cortisonici, antibiotici e/o vaccini) e se invece si aiuta il bambino con integratori alimentari, con una corretta igiene alimentare ed eventualmente con qualche altro trattamento personalizzato, questa situazione patologica di solito regredisce lentamente con il tempo.
Per quanto riguarda i vaccini, la letteratura scientifica testimonia che sono tanto più pericolosi e squilibranti:
— quanto più il bambino è piccolo,
— quanto più il bambino è immunologicamente debole,
— tanto maggiore è il numero dei vaccini che vengono somministrati,
— tanto maggiore è la concentrazione di sostanze tossiche e/o allergizzanti (come il mercurio e l'alluminio) contenute nel vaccino.
Nel caso particolare di XXX,
— alla luce di tutti questi motivi, — in obbedienza della Circolare della Regione Veneto del 29.11.1994 che nel capitolo "Note guida all'anamnesi" richiama l'attenzione e impone prudenza agli operatori sanitari su deficit immunitari non ancora documentati o conclamati (in quanto costituiscono severa controindicazione alla vaccinazione) e che si diagnosticano con il "numero, tipo, severità e decorso delle eventuali infezioni ricorrenti", — in considerazione dei numerosi casi di bambini danneggiati per essere stati vaccinati in modo indiscriminato senza prima considerare la loro personale condizione inunuunitaria,
secondo la mia scienza e coscienza, ho ritenuto giusto raccomandare ai genitori di attendere a vaccinare il piccolo XXX fino a quando le sue condizioni di salute non garantiranno l'innocuità del trattamento.

Firma del Medico

21.5 Cosa accade a livello burocratico e cosa si dovrebbe fare se si decide di non vaccinare un proprio figlio?

Questa è la prima grande domanda che la maggior parte dei genitori si pone, ancor prima di aver chiarito i propri dubbi sull'efficacia e la sicurezza dei vaccini stessi. Questa domanda, di solito, nasce dalla paura di incappare in qualche sanzione o quanto meno nelle critiche di tutti coloro che si vaccinano e che trattano chi non si vaccina quasi come fosse un "appestato".

Vorrei pertanto rassicurare questi genitori dicendo subito che devono stare tranquilli perché non accadrà nulla di brutto, anzi, **col passare del tempo si accorgeranno che avranno sicuramente dei figli con un sistema immunitario più sano e forte**.

Decidendo di non vaccinare il proprio figlio, allora, si attiva automaticamente una serie di procedure.

21.5.1 a – Come rispondere ai primi inviti

In genere, le ASL invitano il bambino alla vaccinazione entro il 2° - 3° mese di vita. La prima cosa da fare è **non rispondere a questi inviti e prendere tempo** attendendo una telefonata o una lettera Raccomandata.

Alla telefonata si può rispondere, nel caso si ritenga che il bambino non stia bene, dicendo che è malato e, se il malessere è rilevante, si può anche chiedere al pediatra un certificato col quale si propone un rinvio non precisato (di solito le ASL accettano senza discutere i certificati medici). Se però siete rimasti da soli a gestire il problema, allora è bene **prepararsi alla strategia d'attacco**, che comunque va attivata dopo che le ASL hanno inviato una Raccomandata in cui concedono generalmente 15-30 giorni di tempo per rispondere.

21.5.2 b – Chiedere garanzie per il proprio figlio

Terminate tutte le possibilità di rinvio oppure volendo **affrontare subito la questione in modo deciso**, bisogna cominciare a chiedere le dovute garanzie spedendo una Raccomandata all'ASL (si veda esempio sottostante) oppure **portando la richiesta a mano e facendola timbrare per ricevuta** dall'ufficio protocollo dell'ASL. In questa lettera **si chiede anche di essere informati circa gli esami (test) che si intendono effettuare per garantire che le vaccinazioni obbligatorie non siano dannose al bambino**.

Questa richiesta è perfettamente lecita ed è avvalorata dalla sentenza n. 258/94

della Corte Costituzionale che sancisce il diritto a tale garanzia.[6] Nella vostra richiesta dovete scrivere ben chiaramente quello che è vero e cioè che **non siete pregiudizialmente contrari alla vaccinazione** (scrivetelo sempre!).

Secondo la legge sulla trasparenza n. 241 del 7/8/90 la risposta deve arrivarvi **entro 30 giorni (se si tratta di semplici informazioni).**

Nella vostra Raccomandata fate chiaramente presente che voi **siete interessati alle sole vaccinazioni obbligatorie e non all'esavalente**, che oggi rappresenta ormai la comune offerta vaccinale.

Anche quest'ultima richiesta metterà in difficoltà l'ASL, perché le scorte di vaccini monodose sono sempre più scarse. In questo caso, probabilmente, l'ASL vi farà notare che alcuni vaccini monodose potrebbero contenere ancora mercurio (*thimerosal*), mentre i moderni vaccini multidose ne sono quasi privi. Allora voi chiedete fin da subito che si attivino per trovare i vaccini obbligatori privi di mercurio![7]

In ogni caso, la *Federazione del COMILVA* suggerisce giustamente di **abituarsi a registrare in un quaderno ogni contatto (lettere, telefonate, ecc.) tra voi e l'ASL in modo da avere un archivio ordinato della corrispondenza**. Tutto questo potrebbe esservi di grande aiuto per i passi successivi.

ESEMPIO DI LETTERA CHE I GENITORI POSSONO INVIARE ALL'ASL PER RICHIEDERE GARANZIE SUI VACCINI

> Questa lettera può essere utilizzata subito dopo i primi inviti alla vaccinazione e può costituire una buona base per i successivi ed eventuali colloqui con l'ASL, perché **mette fin da subito in evidenza i problemi di fondo e la serietà di approccio al problema da parte dei genitori**. Ovviamente, sarebbe utile integrarla con notizie relative al caso singolo, ovvero problemi pregressi con fratelli o sorelle vaccinate oppure con parenti o familiari; meglio ancora se vengono allegate una sintesi della storia patologica familiare e uno o eventuali certificati medici.

---

[6] Il testo la Corte Costituzionale con sentenza 258 del 20-23/6/1994 dice espressamente che è "*necessario porre in essere una complessa e articolata normativa di carattere tecnico che individui esami chimico-clinici idonei a prevedere e prevenire possibili complicanze da vaccinazione*".

[7] In commercio ci sono vaccini senza mercurio (specie all'estero) e se l'ASL ha la volontà di reperirli lo può fare, come è già accaduto in vari casi.

Spett.le ASL XXX

e p.c.

Sig. Sindaco del Comune di XXX

Oggetto: Vaccinazioni obbligatorie

Noi sottoscritti XXX e XXX genitori (o esercenti la patria potestà) del/la minore XXX nato/a a XXX il .... soggetto/a alle vaccinazioni obbligatorie, prendendo atto degli inviti a recarci presso l'ambulatorio pediatrico di XXX, desideriamo poter ricevere maggiori informazioni in merito al suddetto trattamento farmacologico e chiediamo maggiori garanzie di innocuità, in virtù e a causa delle forti perplessità suscitate dalla conoscenza di gravi complicazioni e morti da vaccino presenti in Italia come in tutto il mondo.
Tale timore è sostenuto anche dall'esistenza della legge 210/1992 e poi 229/2005 che regola l'indennizzo per decesso o invalidità da vaccino, sulla cui base in questi anni sono stati riconosciuti vari morti e invalidi, oltre alle migliaia di cause giudiziarie di cui ci sono già molte sentenze con le quali diversi tribunali hanno condannato lo Stato a forti indennizzi.
Sono purtroppo a noi ben presenti le notizie che in tal senso appaiono ogni tanto sulla stampa e che dovrebbero allarmare chiunque. Va anche considerata l'ipotesi che molte malattie pediatriche "moderne" (sia a carico del sistema immunitario che del sistema nervoso centrale che del comportamento) abbiano questa origine in quanto comparse od esplose nel momento in cui si è vaccinato massicciamente, tanto che più di qualcuno, anche in campo medico, sostiene che chi si vaccina rischi molto di più dei non vaccinati.
Dichiariamo comunque di non essere contrari di principio alla vaccinazione in sé, ma siamo fortemente contrari a dover rischiare "al buio" e vorremmo quindi ottenere una garanzia scientifica attendibile, anche se la legge non lo prevede esplicitamente, per garantirci che nostro figlio/a XXX non avrà alcun danno, **ritenendo assurda la sottintesa giustificazione che tanto si ammalano (e muoiono) pochi vaccinati.**
Ricordiamo che i test preventivi sono stati riconosciuti come diritto dalla Sentenza 258/94 della Corte Costituzionale e non è colpa nostra se dal giugno 1994 il Ministero della Salute non ha ancora emanato nulla in merito.
In particolare, chiediamo che:
— Vengano forniti i foglietti illustrativi dei vaccini da somministrare e che accompagnano il prodotto nella sua confezione originale.
— Venga comunicata la presenza di sostanze tossiche o nocive nelle preparazioni vaccinali.
— Venga comunicata la concentrazione di tali sostanze, in particolare di alluminio e mercurio.
— Venga accertato che tali sostanze siano presenti in quantità tali da essere considerate non nocive per la salute di chi viene vaccinato, in conformità agli standard attualmente riconosciuti dagli enti di controllo accreditati in campo internazionale.

— Vengano indicati i test preventivi atti a mettere in luce eventuali predisposizioni a reazioni avverse ai vaccini.
— Venga dichiarata l'effettiva garanzia di innocuità dei vaccini in questione.
Oltre ai motivi di prudenza, per chiedere questi test, ci appelliamo all'art. 12 del Codice Deontologico del medico che obbliga lo stesso ad adottare ogni possibile cautela a garanzia della salute in occasione di un trattamento sanitario. Inoltre, la Sentenza della Corte Costituzionale n. 307 dei 22/6/90 richiama il principio della responsabilità personale del medico ai sensi del Codice Civile (art. 2043 Risarcimento per fatto illecito), qualora effettui un trattamento sanitario non accompagnato dalle "cautele e condotte secondo le modalità che lo stato delle conoscenze scientifiche e l'arte prescrivono in relazione alla sua natura", che certamente non possono essere il nulla della prassi attuale. Ciò significa che al di là del fatto che la legge attuale non indica alcun test specifico di compatibilità, il medico è tenuto ad effettuarli ugualmente o, in caso di impedimento per mancanza di "strumenti" o conoscenza, di sospendere la vaccinazione, segnalando il fatto all'amministrazione sanitaria, per non assumersi la responsabilità in prima persona (secondo il suddetto art. 2043).
Vi preghiamo inoltre di darci notizia del numero di domande di indennizzo presentate e riconosciute, insieme ai dati sulla presenza delle malattie contro le quali si vogliono vaccinare i bambini, sia in ambito regionale che nazionale.
Chiediamo altresì di essere sentiti dall'Autorità competente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 18 L. 689/1981.

Data: ....

Firma del Padre   Firma della Madre

21.5.3 c – Colloquio col dirigente dell'ASL

Dopo la vostra lettera, l'ASL vi può convocare con Raccomandata (o con una telefonata) per un colloquio formale con un medico, adempiendo così all'obbligo della **legge** 833 del 23/12/78 che **impone loro la ricerca del vostro consenso.**

Con discorsi più o meno generici (a seconda della bravura e della preparazione della persona che vi troverete di fronte) il dirigente ASL cercherà di convincervi che, secondo il Ministero della Salute e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le probabilità di danno sono bassissime, praticamente nulle, e che infine non sono tenuti a fare alcun test preventivo né a dare alcuna garanzia.

Vi accorgerete che avete a che fare con **un sistema che vuole il vostro consenso senza offrirvi nulla in cambio** e neppure un interlocutore vero, ma solo **un complesso di norme e decreti, di regole e protocolli dove nessuno è responsabile**. Se infatti succedesse qualcosa malgrado gli auspicati test preventivi (che comunque non vengono mai fatti e che quindi possono essere eseguiti solo per iniziativa dei genitori), significherebbe che sono stati scelti o fatti male, tra l'altro con un'ipotesi di responsabilità penale per chi firma il certificato.

In alcune zone è successo addirittura che all'ASL chiedessero ai genitori di firmare un'assunzione di responsabilità anche per i vaccini obbligatori!

In ogni caso, durante il colloquio, all'ASL cercheranno di spaventarvi se non accettate la vaccinazione, sia terrorizzandovi parlandovi della probabilità di gravi malattie infettive incombenti sul bambino e che potrebbero anche essere mortali per lui, sia parlandovi della perdita della patria potestà (minacciando anche l'intervento della forza pubblica), dei problemi con la scuola e con l'inserimento nelle comunità infantili ... **tutti argomenti privi di senso storico e legale**.

La sola cosa che dovete fare è di **stare calmi e rilassati**, rispondendo solo per ripuntualizzare il principio fondamentale della sicurezza, che dovrebbe essere anche il primo obiettivo dei vostri interlocutori: "primo non nuocere".

In ogni caso e indipendentemente da tutti ... NON ABBIATE PAURA!

Un altro buon sistema che permette di prendere tempo e di rallentare la procedura è quello di inviare anche al Ministro della Salute una lettera simile a quella scritta per l'ASL, denunciando l'incapacità di quest'ultima di garantire alcunché, oppure **la sua pretesa di imporre vaccinazioni non previste come obbligatorie dalla legge (mi riferisco all'esavalente che, rispetto alle 4 obbligatorie, "impone" 2 vaccinazioni in più**: antipertossica e antiemofilo B).

In ogni caso, comunque vadano le cose, voi **avete ottenuto già un grande risultato quando con questa presa di posizione ottenete di far passare un po' di tempo e la prima vaccinazione viene rinviata di vari mesi**. Infatti, **è ormai accertato che vaccinare a 2-3 mesi è enormemente più pericoloso rispetto a farlo a 1,5-2 anni** (come minimo dopo il primo anno di vita), cioè quando il sistema immunitario è un po' meno immaturo e riesce a sopportare un po' meglio i vaccini.

Infatti, sappiamo bene che **la malattia del secolo è proprio quella immunitaria che, insieme ai tumori, è esplosa proprio nelle generazioni degli anni '60, soprattutto abbassando drasticamente l'età della prima vaccinazione.**

Inoltre, sappiamo bene che **i danneggiati da vaccini sono tantissimi** (anche in considerazione dell'estensione all'Italia dei dati dei Paesi simili al nostro) e nonostante si sappia bene che anche le stime più verosimili sono sottostimati e che **solo una minoranza dei casi è ufficialmente riconosciuta**.

Nelle vostre lettere, oppure durante i colloqui con i medici dell' ASL, chiedete anche i dati sulle denuncie presentate all'azienda sanitaria per i danni da vaccino (Legge 210/92) e i casi riconosciuti, oltre a quelli delle denuncie per malattie infettive: la vostra richiesta metterà in luce la triste gravità del sistema di farmacovigilanza attivo nel vostro distretto sanitario!! ... cioè, purtroppo, l'assenza completa di una vera farmacovigilanza!

Infine, solo per inciso, a proposito dell'accanimento che alcuni dirigenti ASL o medici vaccinatori hanno nel "pretendere" che vostro figlio si sottoponga alla vac-

cinazione, ricordo quello che alcune “malelingue” dicono e cioè che **una scarsa percentuale di vaccinati compromette sia la carriera sia il guadagno del personale sanitario preposto alle vaccinazioni**, perché è noto che ci sono dei “progetti qualità” che coinvolgono intere sezioni delle ASL e il dipendente che non contribuisce al raggiungimento “dell’obiettivo” viene disprezzato dai Colleghi perché può non far ottenere il premio all’intera squadra.

21.5.4 d – La responsabilità del medico vaccinatore

In base al Codice Deontologico del Medico (art. 12), il sanitario è obbligato ad avere ogni possibile precauzione per evitare danni al vaccinante, nell’ottica della valutazione rischio/beneficio e ovviamente a garanzia della salute in occasione di un trattamento sanitario. Inoltre, la sentenza della Corte Costituzionale n. 307 del 22/6/90 richiama **il principio della responsabilità personale del medico ai sensi del Codice Civile** (art. 2043), qualora effettui un trattamento sanitario non accompagnato dalle “cautele e condotte secondo le modalità che lo stato delle conoscenze scientifiche e l’arte prescrivono in relazione alla sua natura”.

Pertanto, al di là del fatto che le attuali leggi sull’obbligo vaccinale non esplicitano quali siano i test di compatibilità da eseguire prima della vaccinazione, **il medico è tenuto ad avere ogni precauzione e quindi anche ad effettuare ugualmente ogni indagine che ritenga necessaria** in osservanza di altre leggi più generali. Infine, se riscontrasse qualche impedimento per mancanza di “strumenti” o di conoscenza, dovrebbe sospendere la vaccinazione segnalando il fatto all’amministrazione sanitaria.

In modo particolare, il medico vaccinatore **ha il dovere di raccogliere un’anamnesi e di visitare il bambino prima di sottoporlo alla vaccinazione e il bambino ha il diritto di ricevere queste attenzioni** (che gli sono anche garantite dalla Legge). In realtà, nella pratica quotidiana, quasi sempre ci si limita a visitare “ad occhio” il bambino, a volte chiedendo alla madre se è stato bene negli ultimi giorni, senza quindi indagare se soffre di allergie e se queste sono presenti almeno tra i familiari più stretti.

21.5.5 e – La Raccomandata da parte dell’ASL

Alla fine di questo percorso informativo e di un possibile dibattito fra ASL e famiglia, una volta preso atto dell’atteggiamento della famiglia, l’ASL procede di norma con l’invio di una lettera Raccomandata in cui è contenuto l’invito perentorio alla vaccinazione mettendo in evidenza pure le indicazioni a riguardo delle sanzioni previste per legge in caso di inadempimento dell’obbligo.

A questo punto è necessario rispondere per iscritto e necessariamente con Raccomandata A/R, motivando il persistere delle perplessità riguardo alle vaccinazioni

richieste per il minore. Qui il testo può variare leggermente da caso a caso, perché diversi possono essere stati anche i percorsi attraverso i quali si arriva a questo punto:

— se l'ASL è stata collaborativa e premurosa nel fornirvi tutte le informazioni richieste, nonostante queste non vi convincano, è necessario argomentare sui contenuti di tali documenti, puntando sulla mancanza di sufficienti garanzie della pratica vaccinale e rovesciando il teorema del costo/beneficio;

— se l'ASL invece NON ha ritenuto di informarvi correttamente e ha snobbato le vostre richieste, allora è sufficiente appellarsi alle sue mancanze.

In ogni caso, questa vostra lettera (che è bene inviare sempre in copia al Sindaco), pur essendo destinata a rimanere agli atti perché non avrà un effettivo valore nel fermare gli atti amministrativi che l'ASL si appresta a compiere, tuttavia è di estrema importanza per sostenere la logica e la coerenza della posizione della famiglia, che tende sempre alla salvaguardia della salute del minore.

ESEMPIO DI LETTERA RACCOMANDATA CHE I GENITORI POSSONO INVIARE ALL'ASL IN RISPOSTA ALL'INVITO "PERENTORIO" DI VACCINARE IL FIGLIO

Questa lettera (in realtà ci sono 2 fac-simili, ma si escludono vicendevolmente) va utilizzata in risposta alla Raccomandata inviata dall'ASL (avviso perentorio a vaccinare) e dovrebbe essere integrata con documentazione specifica relativa ai danni da vaccino (allegate eventuali studi e documenti pubblicati in materia sui danni da vaccino, articoli di giornale, questo stesso libro e quanto di utile sia disponibile a sostenere i propri argomenti).

A – Lettera da usare nel caso l'ASL abbia ottemperato ai suoi doveri di informare correttamente la famigli

Spett.le ASL XXX

e p.c.

Sig. Sindaco del Comune di XXX

Oggetto: Vaccinazioni obbligatorie, invito perentorio Prot. n. XXX dell ASL XXX di XXX.

Noi sottoscritti XXX e XXX, genitori (o esercenti la patria potestà) del/la minore XXX nato/a a XXX il .... , soggetto/a alle vaccinazioni obbligatorie, prendendo atto della Lettera Raccomandata in oggetto di cui al Prot. n. XXX,

nel ringraziare l'ASL in oggetto e in particolare il Dr. XXX per averci gentilmente informato in merito alle vaccinazioni pediatriche come da noi richiesto nella lettera del .... dopo aver esaminato la documentazione inviataci e altra bibliografia sull'argomento siamo arrivati alla conclusione che:

— Le dosi di mercurio (dove ancora presente) e di alluminio contenuti nelle preparazioni vaccinali rappresentano un potenziale rischio per la salute di nostro figlio, in quanto superiori anche al limite noto di sicurezza stabilito a livello nazionale e intemazionale.

— Il numero vastissimo di studi sui danni da vaccino [Allegato 1] suggerisce, aldilà delle continue rassicurazioni sulla sicurezza della pratica vaccinale, un atteggiamento di assoluta prudenza, in accordo con il Principio di Precauzione, principio divenuto un punto di riferimento essenziale a livello della Legislazione e della Politica del Parlamento Europeo in materia di salute.

— La Legge 210/92, art. n. 7, stabilisce la necessità che le ASL intervengano adeguatamente "ai fini della prevenzione delle complicanze causate dalle vaccinazioni". La prevenzione di cui parla la legge dovrebbe basarsi, oltre che sull'informazione, anche sulla raccolta di dati obiettivi (esami preventivi o test specifici di valutazione sulle possibilità di reazioni avverse da parte del soggetto secondo anamnesi personale o familiare). Su questo punto ci si richiama alla Sentenza n. 258/94 della Corte Costituzionale e in particolare al punto 6 delle motivazioni, nel quale viene riconosciuto in via di fatto **il diritto dei soggetti obbligati, di ottenere accertamenti sanitari preventivi, imprescindibili per l'imposizione di un trattamento sanitario di carattere obbligatorio**. Inoltre considerato che al punto 4 delle medesime motivazioni della citata Sentenza, la Corte subordina la legittimità dell'obbligo di vaccinazione alla "temporaneità e scarsa entità" delle complicanze, di norma accettate nei trattamenti sanitari, sembra opportuno rammentare il fatto che **fra le complicanze da vaccino risultano esiti gravi quali encefalopatie, encefaliti, meningiti, paralisi, neuropatie, neuriti, sclerosi multiple, diabeti melliti insulino dipendenti, ecc.** con danni permanenti e letali, tali da non poterle comprendere fra i danni di trascurabile entità e, quindi, non il trattamento sanitario in quanto tale, ma le modalità e le condizioni della sua somministrazione allo stato attuale rendono illegittima la sua applicazione.

— Infine, l'orientamento del legislatore, nel riconoscere come attuale il danno da vaccino, trova una recentissima conferma nella Legge n. 229/2005 del 29/10/2005, pubblicata sulla G.U. N. 258 del 05/11/2005 e intitolata "Disposizioni in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie". Per l'applicazione di questa norma sono stati stanziati per due anni ben 45 milioni di euro (15 milioni per l'anno 2005 e 30 milioni per l'anno 2006), una cifra più che considerevole che comunque, secondo molti addetti ai lavori, servirà a coprire solo una parte del reale danno da vaccino in Italia, che per gran parte è ancora sommerso.

> Riteniamo pertanto che, allo stato attuale delle cose, non sia possibile aderire al programma vaccinale proposto dalla Vostra ASL XXX per insussistenza dei termini minimi di sicurezza per nostro figlio.
> Chiediamo altresì di essere sentiti dall'Autorità competente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 18 L. 689/1981.
>
> Data: ....
>
> Firma del Padre Firma della Madre
>
> **Allegato: Elenco di studi sui danni da vaccino**

NB: a questo fac-simile minimo la famiglia potrà, e dovrà, aggiungere tutti i contenuti particolari derivanti dalla storia del caso singolo, comprese eventuali copie di schede di ricovero per reazione avversa ai vaccini (se sono già state effettuate alcune dosi), referti medici sullo stato di salute del minore, ecc.

***

La lettera sottostante sostituisce la precedente e rispetto a quest'ultima occorre mettere ben in evidenza le omissioni dell'ASL in termini di mancata informazione (nel caso ci siano state). Anche in questa evenienza è molto utile integrare questa risposta con una documentazione specifica relativa alle istanze sollevate finora dalla famiglia nei confronti dei danni da vaccino (allegare eventuali studi e documenti pubblicati in materia, articoli di giornale, fotocopie di questo stesso libro e quanto possa essere utile per sostenere i propri argomenti.

B – Lettera da usare solo nel caso la ASL NON abbia ottemperato ai suoi doveri di informare correttamente la famiglia

Si usa la lettera precedente riportando in più tutte le omissioni che l'ASL ha commesso in merito alle richieste di informazioni presentate con la prima lettera (richiesta di garanzie) e inserendo anche la frase seguente:

— L'ASL non ha provveduto a convocare i genitori per ricercare il loro consenso ai sensi della Legge 210/92.

21.5.6 f – Il dissenso informato

Dato che la sistematica segnalazione di tutti i casi di inadempienza vaccinale al Tribunale dei Minori **non ha comportato di fatto la vaccinazione dei minori interessati**, ma ha anzi contribuito a dar voce al *Movimento Antivaccinale* (analogamente ad ogni tentativo di acquisire con la forza il consenso dei genitori), le ASL

di alcune regioni (**Emilia Romagna, Veneto e Piemonte e, con "soluzioni" molto simili, anche Toscana, Lombardia e Friuli Venezia Giulia**) hanno istituito l'uso del "Dissenso Informato". Dietro questa soluzione ci sono anche la necessità di raggiungere un compromesso e chiudere in qualche modo ogni singolo "caso" che si oppone alle loro richieste di vaccinazione e la consapevolezza che **una certa quota parte di non vaccinati è tollerabile in virtù delle attuali elevate coperture vaccinali** (concetto della "immunità di gregge" o "herd immunity").

Il vantaggio di aderire a questa procedura (laddove esiste) sta quindi nel fatto che si evita la trafila della segnalazione al Tribunale dei Minori, **anche se resta comunque valido tutto il sistema sanzionatorio**.

In questi ultimi anni, pertanto, molte ASL chiedono la firma del 'dissenso informato' da parte dei genitori. In pratica, insieme alla suddetta Raccomandata, l'ASL spedisce ai genitori un modulo con il quale si chiede che si dichiari di essere a conoscenza di tutte le informazioni necessarie sui pro e contro dei vaccini **e di assumersi la responsabilità di non voler vaccinare il proprio figlio.**

In alcuni casi c'è un'altra espressione che comunque garantisce solo i diritti dell'ASL **e minimizza la questione "rischi dei vaccini". Pertanto, il modello va corretto con una aggiunta dei genitori** in cui si ribadisce che "*non ci si ritiene debitamente informati e si ritiene che la prassi vaccinale, così come è condotta in Italia (molti vaccini associati e somministrati ad un'età molto precoce) può essere potenzialmente dannosa*".

Potrebbe capitare che l'ASL non accetti modifiche al "suo modulo", ma va chiaramente e decisamente ribadito che il "dissenso informato" è una pratica etico-amministrativa dei cittadini (non degli Enti, né tantomeno delle ASL) e quindi **il cittadino è libero di scriverci quello che ritiene opportuno. Se non accettano le vostre modifiche, le ASL commettono un abuso**. Allora, riscrivete il dissenso a parte e inviatelo con Raccomandata A/R o andate a **depositarlo all'ufficio protocollo dell'ASL stessa, dove dovranno riceverlo senza possibilità di rifiuto**. In questo modo le vostre intenzioni possono sempre risultare in maniera chiara e ufficiale, perché **non si sottoscrive una dichiarazione insufficiente o che non corrisponde al vostro pensiero.**

Va ricordato che, decorsi 90 giorni dal cosiddetto "Avviso Perentorio" dell'ASL, la sanzione diventa annullabile (comunque non nulla).

ESEMPIO DI MODULO DI DISSENSO INFORMATO DI ALCUNE ASL (PER ESEMPIO DEL VENETO)

Dato che l'ASL propone sempre la sua modulistica, ripetiamo chiaramente che **occorre aggiungere a margine i propri commenti integrando il testo con la sottostante "Aggiunta"**.

Al Responsabile del Servizio di
Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL n. XXX

Noi sottoscritti XXX genitori di XXX nato/a a XXX il .... residenti a XXX in via XXX, **pur essendo stati adeguatamente informati dei rischi** derivanti nel non sottoporre nostro/a figlio/a a vaccinazione contro: polio, difterite, tetano ed epatite B[a], non acconsentiamo a vaccinarlo **per convincimento personale**.

Data: ....

Firma del Padre Firma della Madre

Aggiunta (da inserire sempre): Il nostro convincimento personale nella scelta di non vaccinare nostro figlio/a deriva dal fatto che, nonostante la formula prestampata in questo modulo, non ci riteniamo affatto debitamente e completamente informati, anzi lo siamo stati scarsamente. Comunque, quali genitori di XXX, riteniamo la prassi vaccinale, così come è condotta in Italia, potenzialmente dannosa e priva di un adeguato sistema di controllo e di monitoraggio delle reazioni avverse, così che anche le stime ufficiali dei danni da vaccino e il conseguente rapporto rischio/beneficio ne risultano fortemente inficiati da errori e/od omissioni. Il nostro atteggiamento, pertanto, si appella in primo luogo al *Principio di Precauzione*, in attesa che anche in Italia ci sia un'evoluzione positiva della materia secondo i migliori standard.

[a]Vanno riportati solo i vaccini obbligatori.

In alternativa, proponiamo di sostituire il succinto e impreciso "Dissenso informato" delle ASL con quello sottostante che raccomandiamo:

ESEMPIO DI MODULO DI DISSENSO INFORMATO DA CONSEGNARE ALL'ASL AL POSTO DI QUELLO CHE L'ASL STESSA CHIEDE DI FIRMARE

Al Responsabile del Servizio di
Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL n. XXX

Noi sottoscritti XXX genitori di XXX nato/a a XXX .... residenti a XXX in via XXX, in merito alla vaccinazione di nostro/a figliola XXX abbiamo condotto un lungo e serio approfondimento del problema. Dopo i contatti avuti con gli operatori sanitari, possiamo ritenere di non essere stati obiettivamente informati sui benefici e rischi delle vaccinazioni. Riteniamo invece, quali genitori, di dover ulteriormente approfondire la questione vaccinazioni nel primario interesse di nostro/a figlio/a XXX, in particolare sul punto dei rischi e danni ampiamente riportati dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale che gli enti preposti non ci hanno mai debitamente comunicato. Siamo stati informati che la mancata vaccinazione comporta la segnalazione agli organi competenti, tuttavia non manchiamo di assumerci la responsabilità della **nostra posizione che vuole essere di ragionevole cautela rispetto ad un trattamento sanitario la cui sicurezza risulta essere alquanto controversa anche nel mondo scientifico**.

Data: ....

Firma del Padre   Firma della Madre

21.5.7 g – Quando entra in gioco il Sindaco

Normalmente i Sindaci, che rappresentano **la massima autorità sanitaria locale**, si avvalgono, anche attraverso gli assessorati competenti, delle ASL come organismo tecnico in materia sanitaria. I Sindaci, pertanto, tendono ad avvallare le scelte di politica sanitaria che le ASL propongono e che arrivano comunque da direttive centrali (Ministero della Salute).

Proprio perché il Sindaco non è un “tecnico”, è sicuramente una personalità importante sul piano della messa in discussione della norma, specie se ciò avviene con argomentazioni che trovano la loro essenza sul piano politico. Teniamo sempre presente che:

- Il Sindaco non è un funzionario di carriera ma soggetto alle elezioni, quindi attento a non fare niente di antipatico, soprattutto nei piccoli comuni.
- Se gli forniamo degli **argomenti per resistere alle pressioni della malasanità**, di solito è ben contento di usarli: quindi, in genere, il sindaco non è un avversario, ma un alleato, specialmente se capisce che sappiamo difenderci.

Considerando che alla fine sarà il Sindaco che attuerà o meno il decreto del Tribunale, bisogna giocare il rapporto *sui piani umano, elettorale e penale*.

Quando l'ultimatum dell'ASL di vaccinare il proprio figlio (ultimatum formalizzato dalla suddetta Raccomandata) è scaduto, questa **potrebbe chiedere al Sindaco di emettere *un'ordinanza di vaccinazione*, anche se illegittima**. Per evitare ciò, sarebbe bene giocare d'anticipo inviando al Sindaco la lettera sottostante che dimostra l'illegittimità del provvedimento e con la quale si chiede un incontro (con il Sindaco o con l'Assessore alla Salute) spiegandogli la situazione.

Benché il Sindaco non vi possa esonerare definitivamente, è sostenibile proporgli di emettere **una sospensiva dei procedimenti**, secondo la Legge 833 del 23/12/78, finché non siano approvati per legge **i test che il Ministero della Salute ha affermato di stare preparando da anni, cioè dal luglio 1994, e che probabilmente non codificherà mai** (sia per la responsabilità, sia per i costi che comporterebbe se venissero eseguiti su centinaia di migliaia di bambini all'anno).

Sulla sospensiva, il Sindaco deve rispondere entro 10 giorni e, benché sia stata emessa raramente, questa servirebbe a bloccare tutta la procedura amministrativa e giudiziaria.

È importante avere anche un colloquio col Sindaco, benché spesso nei grandi comuni si riesca a parlare solo con un Assessore o con l'Ufficio d'Igiene che ha la delega per il problema. **In quella occasione non è mai conveniente polemizzare, ma è meglio restare sul piano dell'umanità e del buon senso, chiarendo che comunque non siete né ingenui né creduloni e che niente vi può preoccupare di più che danneggiare il figlio o, peggio, averlo invalido a fronte di rischi di danni da malattie infettive che sono più teorici che reali**.

Il colloquio preventivo serve anche ad evitare provvedimenti "fastidiosi" sotto la spinta emotiva del "caso da risolvere". Chi non vi conosce può pensare qualsiasi cosa di voi e il primo pensiero è sempre negativo. Inoltre, **questi provvedimenti, una volta emessi, fanno fatica a rientrare, soprattutto perché ai politici dà fastidio ammettere i propri errori**.

ESEMPIO DI LETTERA RACCOMANDATA DA INVIARE PREVENTIVAMENTE AL SINDACO PER EVITARE L'EMISSIONE DELL'ORDINANZA DI VACCINAZIONE

Questa lettera va spedita se dal colloquio preventivo con il Sindaco **si percepisce un atteggiamento ostile e sostanzialmente una chiusura rispetto alle motivazioni che illustrerete** nel merito alla illegittimità dell'ordinanza.

All’Ill.mo Sig. Sindaco del Comune di XXX

Oggetto: Vaccinazioni obbligatorie

Noi sottoscritti XXX e XXX, genitori del/la minore XXX natola a XXX il .... soggetto alle vaccinazioni obbligatorie, chiediamo il Suo intervento a causa delle forti perplessità suscitate dalla conoscenza di gravi complicazioni e morti da vaccino presenti in tutto il mondo e in particolare delle **centinaia all’anno legalmente indennizzati in Germania e negli USA**. Tale timore è sostenuto anche dall’esistenza della legge 210/92 e della nuova legge 229/05 che **regolano l’indennizzo per decesso e per invalidità da vaccino**, sulle cui basi sono stati riconosciuti vari casi di morte e di invalidità tra i bambini vaccinati, oltre alle centinaia di cause giudiziarie di cui ci sono già sentenze e con le quali diversi tribunali hanno condannato lo Stato ad ingenti indennizzi.
Il nostro timore è anche motivato dalle numerose segnalazioni presenti nella letteratura medica scientifica che denunciano innumerevoli e gravi effetti indesiderati dei vaccini (le alleghiamo varie fotocopie di articoli scientifici) che dovrebbero allarmare anche Lei, se ha figli e nipoti, perlomeno se si considera l’ipotesi che le diffusissime malattie pediatriche “moderne” (come le malattie immunitarie e neuropsichiatriche che colpiscono un bambino su tre), abbiano questa origine in quanto comparse od esplose nel momento in cui si è vaccinato massicciamente, tanto da far pensare che chi si vaccina rischi molto di più dei non vaccinati.
Attualmente, non riusciamo ad ottenere una garanzia scientifica (test preventivi) dall’ASL che vorrebbe vaccinare nostro figlio/a senza alcuna verifica di compatibilità per garantirci che non ne avrà alcun danno, oltre al fatto che la legge non impone alcun test preventivo, benché questi siano stati segnalati come diritto dalla sentenza 258/94 della Corte Costituzionale e il Ministero della Salute ne abbia più volte annunciato la codificazione e la relativa proposta di legge a partire dal luglio 1994.
Le sembra sensato tutto questo?
In base a questa preoccupante situazione, al colpevole ritardo del Ministero della Salute e al **parere del Consiglio Superiore della Sanità dell’ 11/95 col quale si auspica un’accelerazione del passaggio dall’obbligo alla facoltatività**,

CHIEDIAMO

ai sensi dell’art. 33 della Legge 833/78, la revoca di eventuali Ordinanze di Vaccinazione a nostro carico che Ella e La sua amministrazione intendessero emettere. Con l’occasione, La informiamo che qualora l’ASL Le chiedesse di emettere **un’Ordinanza di vaccinazione a nostro carico, questa non è lecita** in quanto:

— Per l’art. 38 della legge 142/90 di riforma dei Comuni e delle leggi regionali, tale strumento può essere utilizzato quando non c’è una norma specifica che preveda una sanzione, mentre nel nostro caso tutto è già stabilito e una ulteriore multa per inosservanza dell’ordinanza si configurerebbe come abuso, vista la prevalenza gerarchica della legge sugli atti comunali. In pratica, **la disobbedienza agli obblighi vaccinali è solo un illecito amministrativo e non è possibile renderla penale attraverso l’artificio della disobbedienza all’ordinanza**.

— Grazie al decreto legislativo n. 480 del 13/7/94 art./, l'inosservanza di un'ordinanza sindacale è depenalizzata. Per tale motivo e per la già avvenuta depenalizzazione delle leggi sulle vaccinazioni, tramite la legge 689 del 24/11/81 e soprattutto l'interpretazione che in questo senso ne dà la Cassazione tramite la sentenza n. 1511 del 12/12/90, non é possibile una denuncia per l'art. 650 del Codice Penale: "la norma non può trovare applicazione" in questi casi. **Anche la sentenza della Cassazione (I Sez. Penale) del 11/6/97 (le motivazioni sono state depositate dopo tre mesi) ha sentenziato che la disobbedienza all'Ordinanza del Sindaco non può dare luogo ad una denuncia penale per l'art. 650**. Sappiamo che tale interpretazione non ha valore di Legge, perché si riferisce ad un caso specifico, ma **nella prassi viene considerata tale da Pretori e Sindaci sino ad un pronunciamento diverso della Cassazione per un caso analogo**.

— Non è neanche possibile la denuncia per l'art. 220 del Codice Penale ("procurata epidemia", in quanto la sentenza di Cassazione 1625/69 ha precisato che tale articolo è applicabile solo nel caso di epidemia dichiarata in atto dal Prefetto. Questi argomenti sono le conclusioni di **decine di sentenze di assoluzione in tutta l'Italia** e siamo certi che Lei non vorrà impegnare il Suo tempo, la Sua figura e la Sua responsabilità in procedimenti destinati inevitabilmente alla revoca. Infine, ricordiamo che **nostro figlio non può essere un pericolo per i vaccinati**, che noi non siamo genitori né ingenui né mansueti, anche se fiduciosi nella Sua umanità e nel Suo buon senso, e che **dovrebbe essere interesse di una scienza onesta confrontare vaccinati e non vaccinati per accertarsi che le vaccinazioni non producano molti più danni genetici, immunitari e neuropsichiatrici di quanto possano prevenire le malattie infettive tradizionali**.

Chiediamo altresì di essere sentiti dall'Autorità competente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 18 L. 689/1981.

Con osservanza.

Data: ....

Firma del Padre   Firma della Madre

Se l'ordinanza del Sindaco è già stata emessa, si può chiederne la revoca al Sindaco e l'annullamento al Prefetto. Infatti, **il Prefetto è un organo provinciale gerarchicamente superiore e può annullare l'ordinanza del Sindaco. Se non ci si sente preparati ad affrontare la questione, è bene farsi sostenere da un avvocato**. È possibile inoltre fare ricorso amministrativo al TAR (Tribunale Amministrativo Regionale) e successivamente al Consiglio di Stato, ma mentre le prime due istanze (al Sindaco e al Prefetto) non costano niente, **quella al TAR comporta dei costi notevoli** ed è quindi sconsigliabile, soprattutto se si tratta di iniziative isolate e quindi senza alcuna risonanza positiva.

ESEMPIO DI LETTERA RACCOMANDATA DA INVIARE AL SINDACO **PER LA REVOCA DELL'ORDINANZA**

Questa lettera va spedita a fronte dell'avvenuta Ordinanza di vaccinazione del Sindaco e unitamente alla lettera da inviare al Prefetto.

All'Ill.mo Sig. Sindaco del Comune di XXX

Oggetto: Ricorso avverso l'ordinanza Sindacale n. XXX del .... notificata in data .... ai signori XXX e XXX relativa alle vaccinazioni obbligatorie del/la figliola XXX.

Noi sottoscritti XXX e XXX, genitori di XXX e residenti a XXX, formuliamo il presente ricorso.

PREMESSO

- che a seguito di convocazione effettuata dall'ASL n. XXX, affinché ci presentassimo per sottoporre nostro figlio alle vaccinazioni obbligatorie antiepatitica B, antipoliomielitica, antidifterica e antitetanica, chiedevamo, ai sensi dell'art. 7 della Legge 210/92, di essere informati circa gli eventuali rischi ed effetti indesiderati che le suddette vaccinazioni avrebbero potuto causare al figlio,
- che la ASL n. XPER LA REVOCA DELL'ORDINANZAXX ci ha dato alcune risposte, ma non ci ha fornito il materiale scientifico necessario che potesse consentirci di valutare le conseguenze patogene di questi vaccini obbligatori,
- che nonostante la grave suddetta inadempienza da parte dell'ASL, la stessa ci ha inviato il verbale di accertamento di infrazione prot. n. XXX con il quale ci ha contestato la violazione degli articoli inerenti le Leggi vaccinali, **infliggendoci la sanzione di euro XXX** per non aver sottoposto il figlio alle vaccinazioni obbligatorie,

I SOTTOSCRITTI,

nell'ottica di provvedere responsabilmente e in ogni modo alla tutela e cura di nostro figlio minore XXX e nell'approfondimento della questione assai dibattuta negli ultimi anni relativamente alle vaccinazioni obbligatorie, abbiamo constatato che **al momento non vi erano e non vi sono certezze sulla effettiva utilità dei vaccini, ma anzi emergono sempre più perplessità in quanto alla loro dannosità per l'organismo**, e quindi abbiamo deciso momentaneamente di non sottoporre il figlio alle vaccinazioni.

Riteniamo essere doverosa preoccupazione di ogni genitore evitare che il proprio figlio sia sottoposto **senza alcuna garanzia** alle vaccinazioni prescritte, poiché è risaputo che le stesse possono rivelarsi **dannose anche per lo sviluppo immunitario e psicofisico del minore**, tanto che, come è noto, esistono addirittura due Leggi per il risarcimento del danno da vaccinazione obbligatoria (Legge n. 210/92 e n. 229/05).

L'ASL di XXX si dimentica di dare ai cittadini corrette ed esaurienti informazioni, con gravi conseguenze sui bambini; per esempio, non dà informazioni come la seguente: "*Vaccinare i bambini per l'epatite B è oltraggioso nei loro confronti: la grande maggioranza dei bambini non sono a rischio di contrarre l'epatite, ma sono a rischio per gli effetti indesiderati del vaccino*" (Jane Orient, direttore esecutivo dell'Associazione dei Medici e Chirurghi americani, tratto da 'Shots in the dark', American Spectator Publishing, maggio 1999).

Inoltre, è dovere di ogni genitore evitare di avvelenare i propri figli e, a questo proposito, segnalo a Lei, signor Sindaco, che l'Ente per la Protezione della Salute Americano ha fissato le soglie massime di mercurio che un bambino può sopportare perché, superati questi limiti, c'è un elevato rischio di danni neurologici. Ebbene, molti vaccini in commercio in Italia superano enormemente tali soglie.

Considerato, a proposito della sicurezza dei vaccini, che, recentemente, con Circolare Ministeriale, è stata cambiata la modalità di profilassi antipoliomielitica, passando dal vaccino orale Sabin al vaccino iniettato Salk, a seguito del **relativamente elevato numero di casi accertati di poliomielite da vaccino** e con la speranza di diminuire tali effetti, va detto che questo provvedimento è stato preso a seguito delle **dimostranze delle famiglie con i figli poliomielitici a causa della vaccinazione** (CONDAV) e non per la lungimiranza del Servizio Sanitario Nazionale, che anzi negava tali eventi o affermava che erano rarissimi.

Considerato inoltre che la vaccinazione **antiepatitica B è fortemente sospetta per causare patologie degenerative molto gravi (una per tutte la sclerosi multipla)**, credo sia opportuno che il genitore difenda la salute del proprio figlio.

Vista la sentenza n. 258/94 della Corte Costituzionale, e in particolare il punto 6 delle motivazioni, nel quale viene riconosciuto di fatto il diritto dei soggetti obbligati di ottenere accertamenti sanitari preventivi, imprescindibili per l'imposizione di un trattamento sanitario di carattere obbligatorio, e considerato che, sebbene la Legge non preveda la possibilità di provvedere ad accertamenti specifici sul soggetto vaccinando al fine di prevenire eventuali e irreparabili danni alla salute del medesimo, la medesima Corte Costituzionale con la sentenza suddetta ritiene invece "*necessario porre in essere una complessa e articolata normativa di carattere tecnico che individui esami chimico-clinici idonei a prevedere e prevenire possibili complicanze da vaccinazione*". Inoltre, va ricordato che, attualmente, questo dettato costituzionale è ancora inevaso, perché il legislatore non ha ancora stabilito che esami prevedere per evitare i danni da vaccino (cfr. nota del Ministero della Salute del 10/11/1994 che la riscontra, in risposta alla nota AGS/800.310).

Visto anche il punto 4 delle medesime motivazioni della citata sentenza, nel quale la Corte Costituzionale subordinava la legittimità dell'obbligo di vaccinazione alla "temporaneità e scarsa entità" delle complicanze, di norma accettate nei trattamenti sanitari, cosa che invece in questi ultimi anni non è più vero perché **si sta assistendo ad una grave e sempre più frequente incidenza di danni gravi e irreversibili da vaccini.**

Tenuto conto che la disposizione Ministeriale per la sostituzione di un tipo di vaccino con un altro smentisce categoricamente la "scarsa entità" e che le complicanze da vaccino sono ormai accertate e purtroppo ricorrenti.

Considerato quindi che, non il trattamento sanitario in quanto tale, ma le modalità e le condizioni della somministrazione rendono allo stato attuale illegittima la sua applicazione.

Visto l'art. 38 della Legge 142/90 di riforma degli Enti Locali che limita questa ordinanza ai casi di pericolo igienico sanitario non regolati da una specifica normativa, mentre nel nostro caso le leggi prevedono chiaramente le sanzioni precise. Vista la Legge 689/81 e soprattutto la sua interpretazione da parte della Cassazione con sentenza 1.511 del 12/12/90 che depenalizza la materia.

Visto l'analogo precedente del novembre 1996 del Prefetto di Terni e considerato che in questo contesto l'atto sindacale è privo della sua funzione impositiva penale.

Considerato infine che tali argomentazioni sono state accettate anche dai Giudici (cfr. varie sentenze), perché ritenute fondate.

Tutto ciò premesso, noi, genitori del minore XXX,

CHIEDIAMO

che, per i motivi esposti nella narrativa, ai sensi dell'art. 18 della Legge 689/1981 venga disposta l'archiviazione e/o l'annullamento del Verbale prot. n. XXX, notificatoci il XXX. Chiediamo inoltre, ai sensi del predetto art. 18 della Legge 689/81, di essere da Lei ricevuti e sentiti.

Con osservanza.

Data: ....

Firma del Padre   Firma della Madre

A questa lettera va allegata una abbondante documentazione dei danni da vaccini che può essere desunta per esempio da queste fonti:
—- l'associazione CO.M.I.L.VA;
—- fotocopie di questo stesso libro.

ESEMPIO DI LETTERA RACCOMANDATA DA INVIARE **AL PREFETTO PER L'ANNULLAMENTO DELL'ORDINANZA DEL SINDACO**

Questa lettera va spedita solo in caso di necessità, a fronte dell'avvenuta Ordinanza di Vaccinazione del Sindaco e unitamente alla lettera da inviare al Sindaco.

All'Ill.mo Sig. Prefetto della Provincia di XXX.

Oggetto: Ricorso avverso l'ordinanza Sindacale n. XXX del .... notificata in data .... ai signori XXX e XXX relativa alle vaccinazioni obbligatorie della figliola XXX.

Noi sottoscritti XXX e XXX, genitori di XXX e residenti a XXX, formuliamo il presente ricorso:

VISTA

l'ordinanza in oggetto con la quale ci si intima di sottoporre, il figlio alle vaccinazioni obbligatorie, visto l'art. 38 della Legge 142/90 di riforma degli Enti Locali che limita l'ordinanza ai casi di pericolo igienico sanitario non regolati da una specifica normativa, mentre nel nostro caso le leggi prevedono chiaramente le sanzioni precise, vista la Legge 689/81 e soprattutto la sua interpretazione da parte della Cassazione con sentenza 1511 del 12/12/90 che depenalizza la materia, visto l'analogo precedente del novembre 1996 del Prefetto di Terni, considerato che in questo contesto l'atto sindacale è privo della sua funzione impositiva penale,

CHIEDIAMO

l'annullamento della citata ordinanza.

Con osservanza.

Data: ....

Firma del Padre Firma della Madre

ESEMPIO DI **RISPOSTA DI UN SINDACO** AD UNA LETTERA DI UN GENITORE

Città di XXX
Provincia di XXX

Prot. n. XXX Data XXX

Oggetto: Procedimento di infrazione per inottemperanza degli obblighi vaccinali a carico della sig.a XXX.

IL SINDACO

Visto il verbale di accertamento di illecito amministrativo n. XXX con il quale L'ASL n. XXX ha accertato a carico della sig.a XXX, nata a XXX il XXX e residente a XXX in via XXX, la violazione delle seguenti leggi:

— art. 1 legge 04/02/1966, n. 51 (vaccinazione antipoliomielitica),

— art. 1 legge 20/03/1968, n. 419 (vaccinazione antidifterica-antitetanica),

— art. 1 legge 27/05/1991, n. 165 (vaccinazione antiepatitica B),

per non aver ottemperato all'obbligo di sottoporre alle suindicate vaccinazioni il proprio figlio XXX, nato a XXX il XXX.

Considerato che la contravventrice predetta **non ha ritenuto di avvalersi della facoltà di pagare con effetto liberatorio la somma indicata dall'Ufficio accertatore**, ai sensi dell'articolo 16 della Legge 689/81, ma ha presentato in data XXX, prot. n. XXX, nei termini prescritti, scritti difensivi che qui si intendono integralmente richiamati.

Esaminate le argomentazioni presentate dal ricorrente e contestualmente la documentazione già fornita dall'ASL n. XXX relativamente ad analoghe situazioni.

Preso atto che sulla obbligatorietà delle vaccinazioni esiste ampio e articolato dibattito nel quale si sono inserite alcune sentenze giurisprudenziali tra le quali:

— sentenza n. 307/1990 della Corte Costituzionale, la quale afferma che la vaccinazione integra un trattamento sanitario obbligatorio non incompatibile con l'art. 32 della Costituzione "purché esso non incida negativamente – salvo che in misura temporanea e tollerabile – sullo stato di salute del soggetto";

— sentenza n. 258/1994 della Corte Costituzionale, dove si afferma la necessità di contemperare, tramite l'ineludibile intervento del legislatore, i valori costituzionali del diritto alla salute della collettività e del diritto alla salute del singolo anche mediante "*l'eventuale introduzione di una disciplina normativa puntuale e specifica, a tutela di quest'ultimo, la quale imponga la obbligatorietà di accertamenti preventivi idonei a ridurre, se non ad eliminare, il rischio sia pure percentualmente modesto di lesioni all'integrità psicofisica dell'individuo per complicanze da vaccino*";

— sentenza n. XXX del Tribunale di Vicenza che, in merito a un verbale di infrazione degli obblighi vaccinali, decideva per la insussistenza dell'illecito amministrativo.

Vista la nota della Regione Veneto del 27/4/2000, prot. n. 6861/10313, circa "L'inadempienza all'obbligo della vaccinazione in età pediatrica contro difterite, tetano, poliomielite, epatite B, aggiornamento delle procedure", nella quale tra l'altro si pone l'accento sul fatto che la procedura per la gestione del "dissenso per motivi di insuperabile convincimento personale" è, oggi, epidemiologicamente tollerabile in quanto la situazione di diffusa protezione vaccinale degli altri bambini e la conseguente ridotta circolazione di queste malattie permette che non si vengano a realizzare rischi per la salute collettiva (non mancando la stessa nota di far presente sin d'ora che, in caso di sostanziale modifica di queste condizioni, questa conclusione dovrà essere riconsiderata).

Visto il D.P.R. 26/1/1999, n. 355 che, sostituendo l'art. 47 del D.P.R. 22/12/1967 n. 1518, di fatto **consente l'iscrizione alla scuola dell'obbligo ai bambini non vaccinati**. Ritenuto pertanto che non sussistano inequivocabilmente i presupposti per l'applicazione della sanzione amministrativa.

Vista la legge 27/05/1991, n. 165. Visto l'art. 18 della legge 689/1981.

DECRETA

di accogliere il ricorso presentato da XXX quale genitore del minore XXX ritenendo fondate le motivazioni esposte.

sentenza n. 258/1994 della Corte Costituzionale, dove si afferma la necessità di contemperare, tramite l'ineludibile intervento del legislatore, i valori costituzionali del diritto alla salute della collettività e del diritto alla salute del singolo anche mediante "*l'eventuale introduzione di una disciplina normativa puntuale e specifica, a tutela di quest'ultimo, la quale imponga la obbligatorietà di accertamenti preventivi idonei a ridurre, se non ad eliminare, il rischio sia pure percentualmente modesto di lesioni all'integrità psicofisica dell'individuo per complicanze da vaccino*";

ORDINA

— di procedere secondo quanto disposto dall'art. 18 della Legge 689/1981, all'archiviazione del verbale n. XXX dell'ASL n. XXX a carico di XXX residente a XXX;

— di trasmettere integralmente il presente provvedimento all'organo accertatore e di notificarlo all'interessato.

Il Sindaco

21.5.8 h – La sanzione amministrativa

Che i genitori firmino o meno il dissenso informato o non rispondano alla lettera perentoria dell'ASL, trascorso il periodo indicato, quest'ultima segnala la decisione o la non risposta dei genitori al P.M. (Procura della Repubblica presso la Pretura Circondariale della città) e al Sindaco. La prassi prevede anche che sia notificata al nucleo familiare, in seguito ad un illecito amministrativo, una sanzione disciplinata dalla legge del C.C. 689/91.

In pratica, viene spedito ai genitori un verbale con l'invito a pagare una somma di **circa € 190** [8] per le 4 vaccinazioni obbligatorie. Accade anche che alcune interpretationi della Legge 689 del 24/11/81 e dalle leggi regionali, nello specifico l'art. 5, **hanno indotto più di una ASL a comminare la stessa sanzione in misura doppia, ovvero ad entrambi i genitori: occorre contrastare prontamente questi irrazionali eccessi di "zelo".**

Per quanto riguarda questa sanzione, va ricordato che:

— Chi commina la sanzione mantiene il termine dei **5 anni per poter esigere il pagamento della sanzione**, qualora essa sia divenuta definitiva (ossia la riscossione del denaro).

— **L'ordinanza va contestata al Giudice di Pace**, poiché il decreto legislativo 507/99 gliene ha trasferito la competenza (comunque, molti fanno ricorso direttamente al Sindaco).

— Chi commina la sanzione **deve comminarla entro 90 giorni dal momento dell'accertamento dell'infrazione**, altrimenti la sanzione può essere contestata chiedendone l'annullamento.

— Dall'entrata in vigore della Legge n. 689 ("Modifica del Sistema Penale") del 24.11.1981 con integrazione della Legge n. 165 del 1991, **le norme relative alle vaccinazioni obbligatorie sono depenalizzate**.

[8] La cifra globale corrisponde alta somma delle singole sanzioni (diverse per ogni vaccinazione) applicate in misura ridotta, 1/3, (art. 18 L. 689/81). In sede di conciliazione, cioè alla prima richiesta, le multe vengono calcolate al terzo del massimo od al doppio del minimo (qualora sia stabilito il minimo), secondo quanto è più conveniente al contravventore (art. 16, L. 681). Ecco gli importi delle singole sanzioni in prima conciliazione (corrispondono ad un terzo dell'importo massimo):
— vaccinazione antipoliomielitica: sanzione di € 51,65 (art. 3 Legge 4.2.1966, n. 51);
— vaccinazione antidifterica-antitetanica: sanzione di € 51,33 (art. 3 Legge 20.3.1968, n. 419);
— vaccinazione antiepatitica B: sanzione di € 86,00 (art. 7 Legge 27.5.1991, n. 165).
Spese di notificazione: importo variabile (di solito 4,96 curo).

In base alla stessa suddetta Legge 689, **entro i 30 giorni dal ricevimento della multa si possono presentare scritti difensivi o chiedere un'audizione all'ASL per esporre le proprie contestazioni, però senza che questo sposti il termine di pagamento**. Nel caso il provvedimento non venisse ritirato e non si pagasse entro i 60 giorni, l'ASL riammette la sanzione chiamata questa volta "*Ordinanza - Ingiunzione*" di pagamento con la cifra totale prevista o quasi per ciascuna omessa vaccinazione sulla base delle stesse leggi, che portano direttamente al **pignoramento dei mobili**, pur sempre con i tempi e le mille possibilità per ritardare la cosa.

Abbiamo detto che i genitori possono scegliere di non pagare questa sanzione amministrativa presentando ricorso. **Solo al ricevimento dell'ingiunzione si può fare ricorso al Giudice di Pace entro 30 giorni**, cosa che va sostenuta con successo se ci sono errori e mancanze formali nella procedura seguita. Il ricorso va presentato anche all'ASL, con le seguenti possibili motivazioni [ricercate fra queste quelle che rispecchiano maggiormente il vostro caso]:

a – l'ASL non ha "ricercato il vostro consenso" (Legge 833/78) mediante un colloquio con un medico per le spiegazioni sulla "*innocuità o quasi*" delle vaccinazioni;

b – la contestazione della multa non è avvenuta entro 90 giorni dal rifiuto dell'ultimatum (art. 14);

c – la contestazione non è stata notificata a quanti (entrambi i genitori) condividono la potestà sul bambino (sentenza di Cassazione del 6/2/92);

d – ci si può appellare anche all'art. 4 della Legge 681 che dice: "Non risponde delle violazioni amministrative chi ha commesso il fatto ... nell'esercizio di una facoltà legittima, ovvero in stato di necessità", ... ovvero nel ricercare la tutela della salute del minore avverso i possibili rischi derivanti dalla vaccinazione.

Quest'ultimo punto merita particolare attenzione, ma nel contempo richiede che i genitori abbiano avviato con l'ASL, Sindaco ecc. **una corrispondenza dalla quale si possa evincere in modo inequivocabile la loro fermezza nel perseguire lo scopo della salute del minore**.

In tutto questo agire, **l'assistenza di un avvocato non è indispensabile**. In caso di rigetto del ricorso al Giudice **è possibile ricorrere solo in Cassazione con costi enormi** (rispetto alla multa). L'ASL normalmente agisce prontamente, sia nell'invio degli inviti perentori che delle sanzioni: non bisogna stupirsi però se tali inviti o le sanzioni stesse arrivano anche negli anni successivi, quando si pensa ormai che "... si siano dimenticati ...".

Il ricorso può essere:

— **accettato**, perciò viene comunicato ad entrambi i genitori che l'obbligo alla vaccinazione è temporaneamente sospeso, ma di solito viene notificato anche

che questa sospensione può essere revocata nel momento in cui le condizioni che vigevano al momento in cui il ricorso è stato accettato si modifichino in maniera tale da essere pregiudizievoli per la salute del bimbo o della collettività;

— **ricusato** e si è costretti a pagare la sanzione amministrativa.

È importante notare che **in alcune Regioni gli organi responsabili accettano automaticamente tutti i ricorsi partendo dal presupposto che la mancata vaccinazione non sia pregiudizievole per la salute del singolo o per la collettività** e applicando anche, in qualche modo, il diritto alla libertà di cura.

21.5.9 i – Il Tribunale dei Minori e l'affievolimento della patria potestà

Scaduti i termini dell'ordinanza del Sindaco o dell'ultimatum dell'ASL, quest'ultima segnalerà il caso alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori, che dovrà valutare se la vostra condotta può pregiudicare la salute e l'educazione del figlio.

Una volta avvenuta la segnalazione, la Procura può attivarsi o no e **di solito tutto si risolve con l'archiviazione del procedimento. Ormai, pare che il Tribunale dei Minori abbia una posizione di rispetto nei confronti dei genitori, anche perché i suoi funzionari dicono di avere problemi maggiori di quello vaccinale e danno segnali di stanchezza per essere interpellati su questioni così marginali**.

Il Tribunale dei Minori, attraverso un Giudice incaricato, può convocare i genitori per ascoltare le loro motivazioni. In alcune Regioni questo passaggio è stato eliminato (grazie all'istituzione del documento di *Dissenso Informato*), soprattutto a causa del **gran numero di casi da valutare, peraltro tutti uguali**, che finivano per intasare inutilmente le aule dei tribunali.

Nel caso ci sia un colloquio con un magistrato del Tribunale dei Minori, è fondamentale ricordare che:

- dovete sempre affermare non siete contrari alle vaccinazioni in sé, ma solamente che non volete sottoporre vostro figlio a rischi non definiti, senza tentativi di prevenire i danni da vaccini, che sono chiaramente espressi nella letteratura scientifica e per i quali è previsto dalla Legge anche l'indennizzo;

- sottolineate che, prima di eseguire la vaccinazione a vostro figlio, ritenete indispensabile perlomeno attendere che si codifichino i test preventivi (da fare cioè prima delle vaccinazioni) previsti dalla Corte Costituzionale;

- dato che in genere il Tribunale dei Minori vi potrebbe interpellare essenzialmente per la vaccinazione antitetanica, ricordate al Giudice che **il tetano non**

è contagioso e quindi la vaccinazione è palesemente incostituzionale perché la società non ha niente da cui difendersi (a tale proposito si potrebbe proporre al Giudice di sollevare la questione presso la Corte Costituzionale, perché ai singoli cittadini questo non è consentito);

- se vi assegnano un avvocato d'ufficio (cosa molto improbabile), **dite che siete d'accordo ma che le spese devo essere a carico del Tribunale;**
- se vi chiedono cosa farete nel caso vostro figlio si farà male, rispondete che farete esattamente quello che vi consiglierà il vostro medico di fiducia;
- se vi chiedono di rispondere ad un test, dite che il vostro legale vi ha detto di non farlo;
- attenzione perché in alcuni casi **cercano di sentire un genitore alla volta per mettervi in difficoltà**: se non siete ben concordi può andare un solo genitore al colloquio oppure **dite che volete restare insieme.**

Se avrete osservato tutte le indicazioni contenute in questo capitolo, potrete contare su un solido epistolario intrattenuto con l'ASL e quindi potrete consegnare al Giudice le copie della vostra corrispondenza con l'ASL (**moltissime volte l ASL omette completamente di consegnare al Giudice tutto il fascicolo e la corrispondenza in copia, segnalando semplicemente il caso dell'omessa vaccinazione**, così che il Giudice non comprende se dietro al fatto ci sia o meno un vero problema di potestà minorile). Consegnate al Giudice anche eventuali certificati medici attestanti disturbi (allergici o meno) del bambino, qualora sussistano.

Non serve altro.

Il Giudice verbalizzerà il tutto e ne riferirà al Collegio giudicante di cui fa parte. **Bisogna sempre leggere il verbale del Giudice prima di firmarlo, controllando che non vi siano attribuite affermazioni sbagliate**. In questo incontro preliminare **è inutile e inopportuno polemizzare**, perché il Giudice può solo far rispettare le Leggi presenti **e non discutere su quelle inesistenti**.

Non serve l'avvocato.

Ora è più raro, ma in passato accadeva che, dopo alcuni mesi, i genitori venissero chiamati dal Tribunale dei Minori che poteva:

- dichiarare di "essere non competente giuridicamente, in quanto la Legge stabilisce già i provvedimenti **riducendo il tutto ad una questione amministrativa" (posizione assunta nelle regioni Toscana, Marche ed Emilia Romagna) o archiviare tutto (come attualmente avviene, per esempio, in Friuli Venezia Giulia)** per "non luogo a procedere", visto che la competenza dell'autorità giudiziaria ricorre solo quando alla violazione dell'obbligo di vaccinazione si accompagnano altri aspetti significativi, come ad es. la mancanza di igiene, l'incuria, la scarsa socializzazione e simili, che arrechino "un

reale disagio al minore" (cioè se non ravvisa l'esistenza di un danno grave, certo, immediato e senza alternative) o

- convocare i genitori in 1° grado (in questo caso i genitori possono scegliere se essere assistiti legalmente o meno **e dovrebbero preparare una propria memoria difensiva spiegando la ragione per cui scelgono di non vaccinare loro figlio**), eventualmente

- "affievolire (limitatamente all'esecuzione delle vaccinazioni) la potestà genitoriale" ed, eccezionalmente, delegare il Sindaco (in teoria anche un parente) ad eseguire le vaccinazioni.

Quest'ultimo procedimento è reso possibile dagli **articoli del C.C. 330, 333 e 336 in base ai quali si sancisce, brevemente, che quando un genitore ha una condotta pregiudizievole può essere limitata la sua potestà**. Ad esempio, la Corte Costituzionale con la sua sentenza n. 132/92 ha previsto che il Tribunale per i Minori può (e non "deve") agire sulla base dell'art. 333 del Codice Civile ("condotta del genitore pregiudizievole ai figli: ... il Giudice può adottare i provvedimenti convenienti..."), ma ovviamente nel caso di **una generale, certa e immediata situazione di indiscussa gravità ed ovviamente all'interno di una complessiva situazione di maltrattamento del bambino e non per una "forse" eccessiva cautela dei genitori**.

Se comunque i genitori si oppongono ancora a vaccinare il loro figlio, ricomincia allora una nuova trafila in cui si arriva ad una situazione di stallo per **l'inapplicabilità, nel caso delle vaccinazioni, del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), cioè dell'uso della 'forza' (Carabinieri) per eseguire i vaccini**.

In pratica, chi vuole può ricorrere in appello con l'avvocato entro dieci giorni dalla notifica del Tribunale dei Minori, altrimenti bisogna parlare col Sindaco o l'assessore e ricordargli (o rimandargli) il contenuto della lettera iniziale. In più di un'occasione si è dimostrato che il ricorso in appello non ha modificato sostanzialmente l'orientamento del giudizio di 1° grado, anche se gli spazi di ascolto in udienza sono maggiori.

Infatti, anche se il Giudice o la commissione (2° grado) decidesse per una sentenza di affievolimento della patria potestà per l'atto vaccinale, e incaricasse il Sindaco di eseguire tale sentenza, costui si troverebbe nell'impossibilità di farlo. In ogni caso, **la vaccinazione coatta o con l'uso della forza pubblica non è ammessa**. La norma di riferimento è il D.L. n. 273 del 6.5.1994, convertito nella Legge n. 490 del 20.11.1995 (pubblicata sulla G.U. n. 271 del 20.11.1995). **Rimane di fatto una sentenza in sospeso per alcuni anni che, ma solo in teoria, potrebbe creare qualche fastidio (nello specifico in casi di espatrio)** e per la quale andrebbe valutata correttamente di volta in volta la possibilità/necessità di un ricorso.

Infatti, va ricordato che c'è una sentenza della Cassazione dell'1.9.1990, poi ripetuta, che ha stabilito sì l'obbligo vaccinale ma anche **la non coercitività e se**

questa dovesse esserci, si configurerebbe il reato di sequestro di persona. **Tutto si ferma allora alla sanzione amministrativa, contro la quale, tuttavia, consiglio sempre di far ricorso, perché sono frequentissimi i casi che vengono assolti senza neppure pagare la sanzione.**

Ovviamente, **i genitori che hanno ricevuto l'affievolimento della patria potestà hanno fatto crescere normalmente i loro figli senza alcun problema** e quindi anche questa loro esperienza deve tranquillizzarci, perché **non accade nulla di grave o di pericoloso**.

L'unico rischio di pericolo reale è rappresentato solo dai danni della vaccinazione!

Secondo il Coordinamento del Movimento Italiano per la Libertà di Vaccinazione[9], in Italia ci sono **centinaia di migliaia le famiglie che rifiutano categoricamente la vaccinazione e seguono questa strada**. Molti sono anche i genitori che hanno l'affievolimento della patria potestà per quanto riguarda le vaccinazioni e restano in questo stato per anni (**tutto decade quando il bambino diventa maggiorenne**).

Ricordo inoltre che sono già numerose le sentenze della Corte di Cassazione che sanciscono **il principio secondo cui un genitore che non ottempera ad una ordinanza del Sindaco di vaccinazione coatta non commette reato**. La motivazione è che, se un Sindaco, sollecitato dall'ASL, emette una ordinanza con la quale ordina ai genitori di far vaccinare il figlio e il genitore non ubbidisce, **non ci può essere denuncia penale, ma solo sanzione amministrativa.**

Quindi, **non abbiate paura di nulla e neppure dell'affievolimento della patria potestà**! **La salute di vostro figlio è molto più importante di tutte queste cose burocratico-amministrative.**

subsectionIN CONCLUSIONE Alla fine della procedura che ha interessato il Tribunale dei Minori ci ritroviamo con un decreto che non si può eseguire senza i test preliminari, che però l'ASL non vuol fare per non prendersi la responsabilità che ci siano ugualmente danni nonostante eventuali test negativi e quindi il bambino resterà "libero" e non lo si deve vaccinare. **Alcune vaccinazioni coatte sono state eseguite su alcune famiglie del Veneto nel 1992 (due casi) e nel 1993 (quattro casi), ma le polemiche suscitate sulla stampa hanno scoraggiato altri tentativi**.

---

[9] CO.M.I.L.VA. (*Coordinamento del Movimento Italiano per la Libertà di Vaccinazione*) Casella Postale 163 – 50032 Borgo San Lorenzo (FI) – Tel/Fax 055-8493138, oppure Sezione di Milano c/o R.d.B. – Via Ottaviano Mossotti, 1 – 20159 MILANO – Tel. 02-683091.
Da ricordare anche: ALV (*Associazione Lesi da Vaccinazioni*) Via Danilo Preto, 8 – 37133 Verona – Tel/Fax 045-8402290.
Per la **Regione Veneto**, può essere consigliata l'associazione CO.R.VE.L.VA. (*Coordinamento Regionale Veneto per la Libertà delle Vaccinazioni*), c/o Donolato Ferdinando – Via Groppo 3 – 35020 Sant'Angelo di Piove (PD) – Tel/Fax 0495846454 – **www.corvelva.org**.

Bisogna precisare che **il ricorso ai Carabinieri e sempre più teorico**, in quanto è chiaro a tutti che l'evoluzione politica va chiaramente nella direzione di una libertà almeno parziale e senz'altro verso la non coattività. Inoltre, come abbiamo già detto, dal dicembre 2005 **la Regione Lombardia ha deciso di togliere le sanzioni amministrative**, dall'aprile 2006 la Regione Piemonte ha tolto la distinzione tra vaccini obbligatori e facoltativi e **dall' 1 gennaio 2008 la Regione Veneto ha abolito l'obbligatorietà vaccinale pediatrica.**

Questi primi passi lasciano ben sperare che in futuro ci siano più Regioni che si muovano verso la libertà vaccinale.

In ogni caso, una imposizione delle vaccinazioni con la forza è come minimo irrispettosa nei riguardi del ruolo dei genitori che non vaccinano i propri figli e questo indipendentemente dai motivi che spingono le famiglie a non vaccinare. Quindi, un uso coercitivo e condizionante della potestà genitoriale da parte della magistratura **a sostegno di un dogma della Medicina** implica un non rispetto della cellula base della società, cioè la famiglia e i genitori che la governano, a favore di **un Pensiero sanitario che prima di tutto non è verità assoluta e poi, come abbiamo ampiamente visto con la lettura di questo libro, scientificamente è anche estremamente discutibile**.

21.6 Sintesi dell'iter burocratico per chi non vuole vaccinare il proprio figlio

In genere, le ASL ricevono dalle anagrafi comunali tutti i dati dei nuovi nati, degli immigrati e dei vari movimenti anagrafici e su questo elenco computerizzato inseriscono anche le avvenute vaccinazioni in modo da avere **un controllo automatico delle mancate vaccinazioni**.

Per quanto riguarda i nuovi nati, dopo il compimento del 2° mese di vita si attiva la procedura da parte dell'ASL che di solito consta di vari punti in successione:

- a 2-3 mesi di vita scatta il primo invio dell'invito a vaccinarsi con lettera per posta ordinaria;
- se i genitori non portano il bambino alla vaccinazione, il programma prevede l'invio di **un secondo invito** che viene spedito **per posta ordinaria** circa **3 mesi dopo** il primo;
- se i genitori non portano il bambino alla vaccinazione neppure dopo il secondo invito, viene spedito un **terzo invito per Raccomandata R.R.** circa 3 mesi dopo il secondo e in questo invito viene specificato:

    1. il giorno e l'ora in cui i genitori devono portare il bambino per il vaccino; la possibilità di esprimere il "dissenso informato";

2. la possibilità di presentare un certificato medico qualora il bambino presenti una malattia o una controindicazione alla vaccinazione;
3. il dovere da parte dell'ASL di avvisare il Sindaco e il Tribunale dei Minori;
4. le sanzioni pecuniarie che seguono la mancata vaccinazione;

— se i genitori presentano un certificato medico che attesta la presenza di una controindicazione temporanea o permanente alle vaccinazioni, il bambino viene esonerato temporaneamente o permanentemente dalle vaccinazioni;

— i genitori possono fare la vaccinazione presso una qualsiasi sede vaccinale dell'ASL o privatamente (in questo caso devono presentare un certificato di avvenuta vaccinazione al Servizio di Igiene Pubblica per la registrazione);

— **i genitori che non vogliono vaccinare loro figlio, dovrebbero**:

1. spedire una Raccomandata all'ASL che chiedere garanzie di innocuità per ciò che verrebbe fatto a loro figlio;
2. chiedere un colloquio con un dirigente dell'ASL;
3. inviare all'ASL una lettera raccomandata in risposta all'invito "perentorio" di vaccinare il figlio;
4. firmare il "Dissenso Informato", aggiungendo alla fine del documento che "non ci si ritiene debitamente informati";
5. inviare al Sindaco una lettera raccomandata da inviare preventivamente per evitare l'emissione dell'Ordinanza di vaccinazione da parte dell'ASL;
6. nel caso l'ordinanza del Sindaco sia già stata emessa, chiederne la revoca al Sindaco e l'annullamento al Prefetto;
7. presentare ricorso all'eventuale sanzione amministrativa;
8. recarsi a colloquio con un Giudice incaricato dal Tribunale dei Minori (solo nel caso non sia stato presentato il documento di Dissenso Informato).

In ogni caso, a chi vuole seguire la 'via dura' si consiglia di non perdersi d'animo ed eventualmente di chiedere aiuto a qualche Associazione che lavora per la liberalizzazione delle vaccinazioni (come CO.M.I.L.VA. e CO.R.VE.L.VA.) **per eventuali aggiornamenti legislativi** che un libro come questo non può avere.

21.7 Quali sono state finora le reazioni da parte dell'Autorità competente?

A tale proposito possiamo ricordare come sono evoluti alcuni dei numerosi casi registrati.

L'8 maggio 2002 il Tribunale dei Minori di Milano ha emesso provvedimento di "non luogo a provvedere" nei confronti di una famiglia di Milano che **aveva sospeso le vaccinazioni per i due figli dopo alcune reazioni avverse manifestatesi in seguito alle prime dosi**. La segnalazione di inadempienza era stata fatta dalla ASL e il PM aveva chiesto provvedimenti nei confronti dei genitori. I giudici invece hanno ritenuto che "*allo stato non appaiono sussistere i presupposti per intervenire coattivamente sulla potestà dei genitori, avendo gli stessi spiegato le ragioni del loro operato e la scelta di interrompere per ora la somministrazione dei vaccini dopo avere consultato il curante*".

Il Tribunale dei Minori di Lecce ha archiviato il caso di un bambino non vaccinato che gli era stato segnalato dall'ASL. La motivazione è stata che "... *gli accertamenti svolti hanno evidenziato la presenza di* ***genitori premurosi e capaci di educare*** *il minore e la scelta di non sottoporre quest'ultimo alle vaccinazioni obbligatorie, pur censurabile, non è rapportabile ad incuria, ma è conseguenza di* ***mera sfiducia nei prevalenti attuali orientamenti della Medicina Ufficiale*** *e quindi mancano i presupposti per un'azione limitativa della potestà genitoriale.*

Il Giudice di Pace di Cesena, nel luglio 2002 ha assolto tre coppie di genitori che avevano rifiutato di vaccinare il loro figlio e ha condannato l'Amministrazione Comunale che voleva imporre la vaccinazione.

La Corte d'Appello di Venezia ha revocato un decreto del Tribunale dei Minori di Venezia che disponeva l'affidamento di un minore ai Servizi Sanitari per **la sottoposizione coatta alla vaccinazione antitetanica**. Con sentenza del 10 maggio 2002 la Corte ha così permesso alla famiglia di evitare la vaccinazione convenzionale al **figlio, che peraltro aveva da tempo passato l'età indicata per la profilassi stessa**. La Corte ha accettato, anche grazie alla consulenza tecnica di ufficio di un medico che non ha respinto a priori la scelta, i vaccini omeopatici somministrati dai genitori al figlio, pur non esprimendo alcun giudizio di efficacia sugli stessi. Ha altresì accettato la tesi proposta dai **genitori che avevano sottolineato la presenza nel vaccino antitetanico convenzionale di sali di mercurio.**

Comunque, come si è visto nell'esperienza fornita da questi e altri casi, **la trafila burocratica fa trascorrere molto tempo e nel frattempo il bambino cresce** e comincia ad essere relativamente a 'minor' rischio di danni da vaccini.

In passato, molte ASL smettevano di insistere anche contando sul **ricatto del mancato ingresso nella scuola**, ma ora c'è il DPR n. 355 del 26/1/1999 che, sostituendo l'art. 47 del DPR n. 1518 del 22/12/1967, si esprime così: "La mancata certificazione [delle vaccinazioni] non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami". Quindi, i direttori e i responsabili degli istituti delle scuole pubbliche e private devono chiedere il certificato vaccinale ai genitori e, se questi non hanno vaccinato il figlio, devono limitarsi a segnalare il caso all'ASL competente e al Ministero della Salute senza adottare provvedimenti che possano incidere nella partecipazione dell'alunno all'attività scolastica.

Comunque, a commento finale di questo argomento, va detto che, nonostante il suddetto DPR, rimane ancora il **problema dei bambini che frequentano gli asili nido**, perché queste strutture non rientrano tra quelle alle quali si riferisce la circolare del 1999.

In un momento come quello attuale di sostanziale assenza di rischio epidemiologico contingente per le malattie per le quali si vaccina con obbligo di legge (poliomielite, difterite, tetano ed epatite B), la garanzia di un diritto del bambino alla completa integrazione sociale rappresenta un atto di grande civiltà, il raggiungimento di un elevato livello qualitativo di convivenza civile e rispetto per le scelte individuali in materia di salute.

È nota a tutti la grandissima e positiva importanza che strutture quali gli Asili Nido e le Scuole Materne possono avere sulla maturazione psichica, emotiva e fisica del bambino, che ha anche in questo modo la possibilità di scoprire, conoscere, confrontarsi. Proprio perché è prioritario il diritto all'istruzione, non ha ragione di persistere una discriminazione nell'accesso a questi servizi che penalizzi i bambini i cui genitori hanno fatto scelte diverse in materia di tutela della salute. Per di più, a livello nazionale, il suddetto DPR n. 355 del 26/01/1999 ha già da tempo abbattuto gli ostacoli che impedivano ai bambini non vaccinati la regolare frequenza a tutti i gradi della scuola dell'obbligo e l'ammissione agli esami di Stato.

Dato che si permette la frequenza scolastica ai bambini di età superiore ai 6 anni, evidentemente valutando la bassissima incidenza del rischio di contrarre le malattie per le quali ci si vaccina, non ha senso mantenere il divieto per i bambini al di sotto di quell'età. Infatti, **ci sono Regioni (come l'Emilia Romagna) che già dal 1998 garantiscono la frequenza anche per Asili Nidi e Scuole Materne**: se lo ha fatto una Regione, lo possono fare anche le altre, basta la volontà!

21.8 E se l'ASL chiede di vaccinare dopo il primo anno di vita?

È bene ricordare che **le vaccinazioni obbligatorie si esauriscono nel primo anno di vita del bambino**, nonostante le varie ASL continuino ad insistere sul **4° inoculo antipoliomielitico** che, secondo il calendario delle vaccinazioni obbligatorie, si dovrebbe fare a 5-6 anni di vita.

Alcuni Tribunali dei Minori e Corti d'Appello hanno già sentenziato che **questa dose non è obbligatoria**, perché il Decreto del Ministro della Salute del 25 maggio 1967 e del 14 gennaio 1972 che lo stabiliscono sono illeciti, in quanto la Legge delegava il Ministero a regolamentare le dosi del primo anno e non a renderne obbligatorie altre negli anni successivi.

Pertanto, nel caso riceviate la convocazione da parte dell'ASL per somministrare a vostro figlio vaccinazioni successive al primo anno di vita, anche secondo

sempre nuovi calendari vaccinali, il consiglio è di rispondere con la lettera sottostante. La medesima lettera può servire anche come ricorso contro un'eventuale sanzione amministrativa irrogata impropriamente a questo proposito.

ESEMPIO DI LETTERA DA INVIARE ALL'ASL PER RICORDARE CHE DOPO IL COMPIMENTO DEL PRIMO ANNO DI VITA I VACCINI NON SONO PIÙ OBBLIGATORI

Al Responsabile del
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
della ASL ... n. ....

Oggetto: *Vaccinazioni, Vs. lettera invita Prot. n. ....*

Noi sottoscritti XXX e XXX, genitori di XXX nato/a a XXX il .... a seguito della richiesta in oggetto, facciamo rilevare che, secondo la legge per l'antipoliomielitica 51/66 da Voi citata, la dose del quinto anno non risulta obbligatoria.
Infatti, i decreti ministeriali del 25/5/67 e del 14/1/72 che la prevedono sono illeciti, perché la Legge delegava il Ministero a regolamentare le dosi del primo anno e non a renderne obbligatorie altre negli anni successivi. Come già ammesso dal Ministero della Salute, da numerose ASL e da diversi decreti di non luogo a procedere di vari Tribunale per i Minorenni, di diverse sentenze di Corti d'Appello e secondo la Legge 166 del 27/4/81 che modifica le precedenti, richiamate dalla Circolare Ministeriale n. 52/1982, **le dosi di richiamo (4a dose) di antidifterica, antitetanica e antipoliomielitica sono obbligatorie solo nel corso del primo anno di vita**.
A far cessare definitivamente ogni dubbio, soccorre la Circolare Ministeriale del 7.4.1999, ove si recita che la 4a dose non è obbligatoria, ma è solamente "raccomandata".
Ulteriori Vostre richieste prive di specifici riferimenti legali e i danni derivabili da Vostri atti conseguenti potrebbero costringerci ad un'azione giudiziaria civile e penale (art. 323 del Codice Penale: **abuso d'ufficio**) a Vostro carico, riservandoci la possibilità di **querela per i fastidi subiti oltre alla denuncia per minacce da pubblico ufficiale** (art. 612 del Codice Penale)
Con osservanza.
Data: ....

Firma del Padre Firma della Madre

21.9 Le vaccinazioni già iniziate possono essere sospese?

Per quanto riguarda l'eventuale sospensione delle vaccinazioni dopo una prima o seconda seduta vaccinale, va precisato chiaramente che **ciò non comporta alcun rischio per la salute del bambino**, ma ovviamente annulla (se la sospensione avviene dopo la prima dose) o riduce gli effetti protettivi del vaccino stesso se il suo protocollo di somministrazione non è stato completato.

Quindi, le vaccinazioni che sono già state iniziate possono essere interrotte senza alcuna conseguenza negativa per il bambino. Anzi, in questo caso, **se il bambino è molto piccolo, il suo sistema immunitario ne ha solo da guadagnare.**

Comunque, va detto pure che **un protocollo vaccinale può anche essere ripreso dopo anni di interruzione senza dover ricominciare le vaccinazioni dall'inizio, a patto che siano stati eseguiti almeno i primi due inoculi**, quando l'intero ciclo vaccinale è formato complessivamente da 3 o 4 inoculi.

21.10 Ci sono pericoli per i bambini non vaccinati che vengono a contato con quelli vaccinati?

In genere, i bambini non vaccinati **non rischiano nulla di particolare** in conseguenza del contatto con i bambini vaccinati.

L'unico rischio si aveva allorché un bimbo non vaccinato contro la poliomielite veniva a contatto con le feci di un bimbo che aveva ricevuto di recente il vaccino antipolio orale Sabin. Infatti, il virus vaccinico vivo attenuato di quel vaccino veniva escreto con le feci per circa 25-30 giorni dopo la vaccinazione. Ma oggi in Italia il vaccino Sabin non viene più utilizzato e quindi questo rischio è decaduto.

Va però fatto un distinguo ricordando che recentemente si stanno manifestando in tutto il mondo casi di infezioni in bambini che precedentemente erano stati vaccinati proprio contro quel germe che poi li farà ammalare o contro germi della stessa specie ma di diverso sierotipo. Ovviamente, l'infezione si può estendere anche ai non vaccinati. Gli esempi sono molti e possiamo ad esempio ricordare:

— le infezioni da meningococco di tipo B in soggetti vaccinati contro il tipo C;

— la malattia pneumococcica invasiva causata dai sierotipi non contenuti nel vaccino antipneumococcico usato nelle vaccinazioni di massa e che diventa più frequente e più grave rispetto al periodo prevaccinazione;

— il grave pericolo che la vaccinazione contro il Papillomavirus possa causare una minor circolazione dei genotipi virali 16 e 18 e la selezione di altri genotipi

maggiormente oncogeni e quindi capaci di causare, sia nelle donne vaccinate che nelle non vaccinate, più gravi e più rapide patologie cancerose al collo dell'utero;

— i virus a RNA (come quelli di morbillo, parotite, rosolia e influenza) che, avendo una maggiore velocità di duplicazione e una minor possibilità di controllare i cambiamenti indotti dalle mutazioni spontanee e/o indotte, possono causare piccole epidemie caratterizzate da maggior pericolosità e virulenza proprio per il fatto che i virus sono mutati.

Tutti questi pericoli, ovviamente, possono interessare sia i soggetti vaccinati che quelli non vaccinati e potrebbero, in futuro, diventare un vero problema sanitario, cosi come oggi è diventato il problema della resistenza agli antibiotici che ha alle sue radici il largo, massivo ed eccessivo uso che abbiamo fatto di questi antibatterici.

21.11 Cosa deve fare chi è indeciso se vaccinare o meno suo figlio?

Dopo aver letto questo libro, non posso escludere che qualche genitore viva sentimenti di grande indecisione e quindi di preoccupazione su ciò che è meglio fare per il proprio bambino. Il problema potrebbe essere aggravato se il Pediatra di famiglia o qualche medico di fiducia insistesse in modo particolare affinché le vaccinazioni vengano eseguite.

Mi capita frequentemente di ascoltare in ambulatorio il racconto di genitori che dicono che molti medici, spesso quelli dei Servizi di Igiene e di Salute Pubblica, giungono pure ad elencare nefaste sciagure e terribili malattie che essi dicono accadranno con grande probabilità al bambino che non verrà vaccinato ed è quindi ovvio che i genitori, se non hanno convinzioni ferree, vivano la cosa con grande ansia.

A queste mamme e a questi papà io, quando li vedo vivere la cosa con grande stress e angoscia, consiglio, dopo che hanno sentito entrambe le 'campane', cioè i pro e i contro dei vaccini, di chiudersi in se stessi, di non ascoltare più nessuno e di ***scegliere senza paura quello che sentono nel loro cuore****.*

La nostra buona volontà, quando è guidata da una sana e retta intenzione, associata a quel 'quid' di misterioso e di potente che è in ognuno di noi, se ben utilizzata, è più forte del male, di qualsiasi male e quindi io penso che sia più forte anche del danno provocabile dal somministrare o meno i vaccini.

Comunque, se due genitori sono fortemente indecisi, **possono per lo meno optare per ritardare il più possibile le vaccinazioni: più aspettano meglio è**! Riescono a soprassedere finché il bambino compirà 2-3 anni di età? Ottimo! Resistono

solo fino a 1,5-2 anni? Va bene ugualmente. **Non hanno il coraggio** di superare i primi 12 mesi di vita? Pazienza: meglio a 12 che a 2-3 mesi.

Quello che veramente conta è vivere sereni!

La serenità dei genitori è un'energia potente, risanatrice e riequilibratrice per sua natura, perché nasce dall'Amore, un Amore vero. Quindi, il bambino che la riceve si sentirà amato e si troverà nella condizione migliore per gestire o superare qualsiasi sua disarmonia, sia psichica che fisica.

In ogni caso, ricordo quanto abbiamo già detto in questo libro: **è scientificamente accertato che non è mai necessario ricominciare il ciclo vaccinale dall'inizio, qualsiasi sia il tempo trascorso tra le dosi**. Pertanto, quando due genitori di un bambino molto piccolo hanno già iniziato alcuni vaccini e ora non sanno cosa fare, io consiglio loro di attendere e lasciar passare vari mesi (meglio qualche anno) in modo che il piccolo possa irrobustirsi immunitariamente un po' di più. Se nel frattempo interrompono il ciclo vaccinale di 1-2 anni, non perdono nulla e lo potranno riprendere più avanti nel caso decideranno comunque di completarlo.

21.12 Dosare nel sangue gli anticorpi specifici

In questi ultimissimi anni si stanno raccogliendo molte evidenze che **anche i soggetti non vaccinati possono avere nel loro sangue una certa quantità di anticorpi specifici capaci di proteggerli verso una certa patologia.**

Questi anticorpi plasmatici hanno varie origini:

— possono essere giunti dal sangue materno durante la gravidanza o dal latte materno durante l'allattamento (in questo caso la loro durata temporale nel sangue del neonato è breve e di solito si limita a poche settimane o qualche mese);

— possono essere stati formati attivamente dall'organismo del bambino che è venuto a contatto con piccole quantità di un certo germe o suo antigene e che in seguito è riuscito a controllare l'infezione senza manifestare alcun obiettivo segno e/o sintomo esterno (in questo caso gli anticorpi specifici restano nel sangue del soggetto per un tempo che può essere tanto o poco lungo a seconda del tipo di germe, del tempo e dell'entità in cui è avvenuto il contatto tra germe e organismo).

Prima di effettuare una vaccinazione, pertanto, sarebbe da eseguire un esame del sangue mirante a controllare se l'organismo del vaccinando ha o meno un adeguato titolo anticorpale verso quel particolare germe. Questo esame è utile perché:

— Se c'è già un adeguato titolo anticorpale non serve somministrare il vaccino.

— Se c'è già un adeguato titolo anticorpale e il soggetto viene ugualmente vaccinato, si induce una iperimmunizzazione che in alcuni casi può diventare anche pericolosa per la persona perché sappiamo che le condizioni di iperimmunizzazione favoriscono i danni immunitari.

— Se non c'è un adeguato titolo anticorpale si sa che quell'individuo può (ma non è ovviamente sicuro perché dipende anche dalle condizioni della sua immunità aspecifca) ammalarsi a causa di quel germe verso cui non è protetto a livello specifico. In questo caso si deciderà se vale la pena vaccinarlo o meno ma non perché il Ministero consiglia di vaccinarlo, ma in considerazione del reale rischio che lui stesso può correre nella sua situazione concreta di vita: età, ambiente in cui vive, condizioni del suo sistema immunitario, familiarità o storia personale di malattie allergiche o neurologiche o autoimmunitarie, eventuali patologie debilitanti, ecc.

Per quanto riguarda il tetano, va detto che si è sempre affermato che questa malattia non offre una protezione adeguata (nel senso che non induce un adeguato aumento del titolo anticorpale) neppure nei soggetti che si sono realmente ammalati di tetano e che hanno superato la patologia. I dati più recenti però dimostrano che anche un bambino che non è mai stato vaccinato contro il tetano e che non si è mai ammalato di tetano (se non altro in modo evidente) può avere un adeguato e specifico titolo plasmatico anticorpale.

La tabella sottostante illustra la correlazione tra quantità di immunoglobuline antitetaniche (IgG) e protezione verso la tossina tetanica.

Quantità di immunoglobuline antitetaniche (UI/ml)	**Tipo di protezione**	**Consiglio**
< 0,01	Nessuna	Valutare se vaccinare o meno
0,01-0,20	Non sicura	Ricontrollare il titolo anticorpale dopo 4-6 settimane
0,21-0,50	Sicura	Ricontrollare il titolo anticorpale dopo 1 anno
0,51-1,00	Sicura	Ricontrollare il titolo anticorpale dopo 2 anni
1,01-5,00	Sicura	Ricontrollare il titolo anticorpale dopo 5 anni
> 5,00	Sicura	controllare il titolo anticorpale dopo 10 anni

Correlazione tra quantità di immunoglobuline antitetaniche (IgG) e protezione verso la tossina tetanica.

21.13 Perché ritardare il più possibile le vaccinazioni?

Dato che tutte le immunoglobuline del neonato iniziano ad essere formate in quantità adeguata e quindi iniziano a svolgere il loro compito protettivo all'incirca dopo il 12° mese di vita, sarebbe bene somministrare i vaccini almeno dopo questa età, anche se è vero che il bambino piccolo è a maggiore rischio di infezione, perché a livello delle mucose il suo apparato di difesa (IgA) è ancora immaturo. Infatti, la completa maturazione delle difese basate sull'azione delle immunoglobuline è molto tardiva e avviene addirittura verso i 10-11 anni.

Oggi, lo stato delle conoscenze ha permesso di scoprire che, durante la gravidanza, nella placenta si crea una condizione immunitaria linfocitaria di tipo 2 (il monossido di azoto non viene prodotto). Vale a dire che i linfociti T placentari producono prevalentemente citochine di tipo 2 (Th2) e questa è la condizione affinché una gravidanza possa avere successo.

Quindi, quando il bambino nasce, ha un eccesso di citochine di tipo 2 e sappiamo che tale prevalenza alla nascita favorisce la produzione di anticorpi. Pertanto, se sotto i 12 mesi di vita si somministrano i *vaccini inattivati* (virus inattivati, batteri morti o tossine) che stimolano ancor di più l'attività Th2 già fisiologicamente dominante, quando poi si arriva a somministrare i *vaccini vivi attenuati* (per esempio il vaccino antimorbilloso- antiparotitico- antirosolia), questi non trovano un ambiente immunitario equilibrato, ma una dominanza delle reazioni anticorpali e quindi la reazione immunitaria cellulare indotta dai vaccini vivi attenuati potrebbe non essere sufficiente e potrebbe quindi accadere che nel bambino:

— Manchino le reazioni acute post-vaccinali di tipo cellulare (Th1) con incapacità ad eliminare i virus insediati all'interno delle cellule, che quindi continuano a proliferare all'interno dell'organismo.

— Nel caso poi il bambino vaccinato venga a contatto con un virus selvaggio, prenderebbe ugualmente la malattia ma in modo atipico e probabilmente svilupperebbe un'infezione subcronica difficilmente riconoscibile proprio per la sua atipia e difficilmente curabile per la difficoltà di estirpare il virus che, nel frattempo, potrebbe essersi localizzato in un certo tessuto inducendo un processo degenerativo. Questo evento potrebbe forse spiegare il motivo per cui **tra molti bambini vaccinati si manifestano le stesse malattie virali per cui essi hanno fatto la vaccinazione** (come abbiamo già detto, per esempio, **sono sempre più frequenti i focolai o piccole epidemie locali di morbillo, in genere atipico, in popolazioni vaccinate**). Ciò però potrebbe spiegare anche un'altra evenienza tutt'altro che rara e cioè che stanno diventando sempre più frequenti (specie nei giovani) febbri ad eziologia ignota che non rispondono alla normale terapia farmacologica e che sono mantenute da un processo infiammatorio cronico che alla fine lede tessuti importanti come fegato, cuore, vasi, ecc.

Se invece *i vaccini a virus vivi attenuati* venissero somministrati a neonati di 2-3 mesi (cosa comunque che prima si faceva con l'antipoliomielitica di Sabin, ma che ora non si fa più a questa età, ma si cerca di fare con il vaccino antinfluenzale), si attiverebbe una reazione da citochine di tipo 1 con un certo "riequilibrio" più precoce del solito della bilancia Th1/Th2 che prima era leggermente ma fisiologicamente a favore della reazione Th2. Le conseguenze di questo effetto anticipato non sono note.

Quindi, se si vuole veramente discutere il problema delle vaccinazioni in base allo stato dell'arte dell'Immunologia odierna e senza scuse ideologiche, ci sono numerose e buone ragioni per poter affermare l'obiezione alle vaccinazioni dell'infanzia o **per lo meno a non far vaccinare il proprio figlio sotto i 2 anni** di vita (i 12-15 mesi sarebbero un limite ancora troppo basso e quindi ancora poco prudente).

A conferma di questa proposta citiamo uno studio del 2008 che dimostrerebbe che **le vaccinazioni durante la prima infanzia promuovono lo sviluppo dell'asma** stimolando una risposta immunitaria di tipo Th2 o alterando l'equilibrio fra immunità di tipo Th1 e Th2. Gli Autori concludono affermando che l'ipotesi secondo cui la vaccinazione sarebbe dannosa potrebbe avere effetti negativi sull'efficacia dei programmi di immunizzazione.

21.14 Cosa fanno gli altri Paesi?

L'Italia è uno dei Paesi con maggior numero di vaccinazioni obbligatorie, superata solo da Taiwan (che impone ben 12 vaccinazioni) e a pari "merito" con Grecia e Francia che hanno le nostre stesse imposizioni. Però, quello che è curioso e che fa capire che la scelta dei vaccini è discutibile, è che **l'obbligatorietà ad esempio di Italia e Francia riguarda vaccini diversi**: in Italia sono obbligatori i vaccini contro tetano, difterite, poliomielite ed *epatite B*, mentre in Francia sono obbligatori i vaccini contro tetano, difterite, poliomielite e *tubercolosi*.

Negli altri Paesi, in genere, l'obbligatorietà riguarda solo poche vaccinazioni (in Belgio è obbligatoria solo la vaccinazione antipoliomielitica, ma non essendovi una vera e propria legge, è un obbligo facilmente "aggirabile") oppure l'obbligatorietà è stata addirittura abolita e sostituita da alcune raccomandazioni. Solo nei Paesi di ex area sovietica tuttora esistono obblighi assoluti.

Quindi, in quasi tutti gli Stati europei l'adesione alla pratica vaccinale è facoltativa e questo significa che sono tutti irresponsabili, incoscienti o pazzi? Non credo proprio, però è così che si sente considerato un genitore italiano che manifesta la sua decisione di non vaccinare il figlio ai Servizi di Igiene.

Merita una menzione **il Giappone, che nel dicembre 1993 ha totalmente abolito l'obbligatorietà di 10 vaccinazioni dopo che il tribunale di Tokyo ha riconosciuto il Governo responsabile dei loro danni con obbligo di indennizzo.**

Come si vede, alla fine, quello che fa decidere i Governi ad optare per una scelta o l'altra è sempre il fattore economico!

Per l'Italia allora significa che il fattore economico pende maggiormente verso la somministrazione dei vaccini nonostante questi costino molto per la collettività?

Io credo influisca sicuramente anche la preoccupazione per la salute dei nostri figli, ma solo se la loro malattia si ripercuote in qualche modo sulla **bilancia dei pagamenti** (pubblici o **privati** che siano). [10]

21.15 Cosa fanno le Industrie Farmaceutiche?

Rispondere a questa domanda è molto semplice per me, perché in questi vent'anni di lavoro come medico in Clinica Universitaria prima e in Servizio Ospedaliero Specialistico poi, ho maturato la certezza che **alle Ditte Farmaceutiche interessano solo tre cose**:

a – il guadagno economico, che deve essere il maggiore possibile;

b – l'immagine pubblica, che deve essere la migliore possibile;

c – il tessere relazioni politiche, che devono essere le più potenti e importanti possibili.

Il punto a) è ovvio ed è inutile motivarlo.

Il punto b) è spiegato dal fatto che, se loro danno una buone immagine di se stesse, vendono di più e quindi è più facile conseguire il punto a).

Il punto c) è la premessa essenziale (ormai non solo in Italia) per raggiungere l'obiettivo del punto a) in modo diretto e per ottenere un buon punto b) che poi permetterà di raggiungere ancor meglio l'obiettivo del punto a).

Quindi, dato che, come tutti sanno, "Tutte le strade portano a Roma", le Ditte Farmaceutiche possono mostrare e raccontare tante cose e possono partire da c) o da b), ma **il loro unico scopo è arrivare ad a), cioè guadagnare sempre di più.**

Se qualcuno vuole avere in mano delle prove concrete, posso consigliere due libri[11][12] che con la loro bibliografia (più di mille riferimenti bibliografici) lo convinceranno abbondantemente, ma, se qualcuno si accontenta di cose più immediate,

[10] In realtà, una qualsiasi menomazione dello stato di salute di una persona si riflette sempre negativamente (e quindi anche da un punto di vista economico) sulla società, ma talvolta i nostri Governanti hanno un comportamento che dà l'idea di essere abituati ad interessarsi solo a ciò che ha una ripercussione immediata sulle finanze dello Stato scaricando i problemi ai Colleghi futuri.

[11] Moynihan R., Cassels A. *Farmaci che ammalano e Case Farmaceutiche che ci trasformano in pazienti*. Ed. Nuovi Mondi Media, 2005.

[12] Rampton S., Stauber J. *Fidati! Gli esperti siamo noi*. Ed. Nuovi Mondi Media, 2004.

gli consiglio di riflettere su queste poche righe che la Dr.ssa Simonetta Bernardini[13] (pediatra della regione Toscana) mi ha scritto nel maggio 2005 proprio in riferimento alla questione del *vaccino esavalente*:

"... Eccomi dunque disponibile a riprendere in mano il progetto teso a riottenere in commercio **i vaccini monocomponenti**, che non sono più molto reperibili in Italia, ma che sono ancora disponibili all'Estero, anche se ormai prodotti da poche Aziende. L'idea di assemblare molti vaccini con lo scopo di obbligare i bambini a farne quanti più possibile è una trovata non solo della Pediatria italiana, ma purtroppo anche di quella europea.

Ho fatto una indagine chiamando i direttori medici delle principali Aziende produttrici e chiedendo loro sia la disponibilità (zero in Italia) sia le motivazioni di questa decisione di non rendere più reperibili i vaccini monocomponenti. Le risposte sono state le più varie, ma nessuna di esse prevede il diritto alla scelta della salute! Metterò queste risposte nella lettera che preparerò per l'assessore e per la Commissione Sanità della Regione Toscana, che è di mia competenza. Quel che dovremmo chiedere è che la Regione Toscana adotti la politica di garantire la libertà di scelta terapeutica a tutti **i bambini, compresi quelli che utilizzano la Medicina Omeopatica, i quali oggi, ormai, piuttosto che fare i vaccini multipli, si astengono dal fare del tutto ogni vaccino** ...".

21.16 Cosa dovrebbero fare i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL?

Credo che le guerre non accontentino mai nessuno, né i vincitori né i perdenti, e allora credo che sia interesse e desiderio di tutti evitare ogni conflitto. Da alcuni anni il problema delle vaccinazioni sta creando grandi ansie nei genitori, anche in coloro che sono a favore di questa immunoterapia. Infatti, **tra la gente sta prendendo sempre più piede il sospetto che, indipendentemente da tutto, i vaccini abbiano una dannosità intrinseca e che questa sia latente e possa evidenziarsi nel tempo** (anche molti anni dopo la vaccinazione) indipendentemente dalla presenza o meno degli effetti indesiderati a breve termine.

È palese che in una tale situazione i genitori vedano minacciati i loro piccoli e quindi reagiscano come se la minaccia riguardasse loro stessi.

Ciò comporta conflitti interni che, anche se molte volte vengono minimizzati all'esterno, in realtà sono molto pesanti per la persona coinvolta e, ripercuotendosi inevitabilmente anche sulla relazione di coppia, a volte creano situazioni destabilizzanti per divergenze di opinioni tra genitori (questa è una realtà che io incontro spesso in ambulatorio).

[13]Segretaria scientifica della *Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata* (SIOMI).

D’altra parte, alla luce delle sempre maggiori divulgazioni delle conoscenze scientifiche, e in particolare dei danni da vaccini la cui bibliografia diventa sempre più numerosa, e in considerazione della sempre più auspicabile presa di coscienza dei genitori che si sentono responsabili in primis della salute dei loro figli, non si può certamente cercare di nascondere il problema o di minimizzarlo (come attualmente tendono a fare molti pediatri e medici vaccinatori) o addirittura di negarlo.

Personalmente, io ho sempre pensato che, se si potesse parlare pacatamente e se si fosse tutti aperti ad ascoltare gli altri e ad accogliere anche consigli e desideri in contrasto con il nostro modo di pensare e/o interpretare la realtà, non solo ci sarebbero meno guerre e saremmo tutti più sereni, ma si potrebbero interpretare anche con più obiettività i risultati sperimentali.

I primi passi verso una reciproca comprensione dovrebbero venire dai medici e in particolare da quelli del Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Ufficio Vaccinazioni dell’ASL che, almeno a livello teorico, dovrebbero essere veramente *A SERVIZIO DELLA POPOLAZIONE*. Finora, però, la mia esperienza non è stata incoraggiante e mi è capitato raramente di trovare Colleghi aperti e disposti al confronto, perché **il più delle volte si trincerano dietro risposte formali e articoli di Legge che istigano l’interlocutore a diventare sempre più diffidente nei riguardi dei Servizi pubblici e a risolvere i suoi problemi in modo alternativo.**

Ovviamente non mancano le eccezioni, che auspico aumentino fino a diventare la norma.

21.17 Cosa dovrebbero fare i Ministeri della Salute?

Personalmente, io non sono contro le vaccinazioni, ma **sono contro le vaccinazioni eseguite indiscriminatamente, così come vengono eseguite oggi in Italia**. Dato che **il vaccino è un farmaco provvisto, come tutti i farmaci, di indicazioni e controindicazioni**, credo sia onesto valutare bene a chi e quando somministrarlo.

Pertanto, se si vogliono sfruttare i veri benefici delle vaccinazioni, bisogna considerare che la loro efficacia riposa su alcuni fattori che, alla luce delle più recenti acquisizioni, non possono essere trascurati.

In primo luogo, come abbiamo detto, occorre che qualsiasi vaccinazione non venga effettuata a tutti indiscriminatamente, perché ogni individuo ha la sua realtà e quindi bisogna valutare attentamente:

— le condizioni psicofisiche e ambientali del bambino;

— le condizioni dei suoi genitori e in particolare quelle della madre durante la gravidanza;

— il rischio reale che il bambino corre di ammalarsi di una certa patologia prevenibile con la vaccinazione e la gravità di questa patologia;

— il rischio reale e a lungo termine che il bambino corre se si vaccinasse;

— il rischio che la vaccinazione (specie se è un vaccino a *virus vivi attenuati* e in particolare se è un *virus a RNA* e quindi molto soggetto a mutazioni), possa selezionare ceppi resistenti al vaccino stesso e all'immunità da esso indotta (in questo caso, infatti, il problema non sarebbe tanto e solo quello di contrarre comunque la malattia classica, ma di vedersi aggrediti da una forma anomala ricombinata o ipermutata che porterebbe direttamente ad una complicanza senza passare per la malattia);

— l'esecuzione di uno screening pre-vaccinazione nei bambini al di sotto dei 2 anni, sia per valutare lo stato di maturità del loro sistema immunitario e di ossidoriduzione, sia le loro caratteristiche nutrizionali, sia le loro predisposizioni genetiche a determinate patologie;

— il dosaggio del titolo anticorpale nei confronti del germe verso cui si vorrebbe vaccinare il bambino in oggetto.

In secondo luogo, è utile che la vaccinazione sia fatta solo ed esclusivamente in quelle zone ove mancano (e non possono essere rapidamente posti in essere) presidi socio-economici e igienico-sanitari adeguati. Ad esempio, nelle zone del mondo dove la malnutrizione imperversa, l'igiene scarseggia e le medicine (o comunque i più comuni e importanti ausili medici) sono carenti o assenti, la copertura vaccinale può rivelarsi risolutiva, in attesa che la parte 'ricca' del mondo provveda, con soluzioni politiche ed economiche, ad assicurare quelli che sono i veri cardini della prevenzione delle malattie e cioè un corpo sociale sano e organizzato con una conseguentemente adeguata igiene di vita personale e sociale.

In terzo luogo (e questo da molti viene invocato) occorre che ogni Paese stabilisca un suo proprio piano di vaccinazione individuando i ceppi adeguati e stilando un calendario peculiare sulla base delle caratteristiche demografiche del luogo.

In quarto luogo, auspichiamo che le informazioni su indicazioni, efficacia e danni dei vaccini seguano finalmente la via dell'obiettività e della chiarezza, **evitando toni allarmistici e inutili terrori instillati al solo scopo di rendere obbligatorio ciò che invece è solo facoltativo**.

Pertanto, si auspica che l'atteggiamento degli Enti preposti alla salute inizi a tenere finalmente in conto le caratteristiche dei germi che intende contrastare a scopo di salute pubblica. L'intenzione, infatti, non dovrebbe essere mai quella aggressiva di 'eliminare' un germe, ma semplicemente quella di 'difendersi' e convivere con esso: solo in questo modo si può seguire in modo efficace l'evoluzione naturale delle cose evitando di contrastare o stravolgere quello che già di per sè gli organismi medesimi (virali, batterici, umani) pongono in atto a propria protezione. Infatti, i vaccini, se usati male, possono rivelarsi un'arma a doppio taglio.

In uno studio giapponese del 2004 si conclude: "*Va rivisto il concetto di eradicazione ed è opportuno definirlo come estinzione del patogeno nell'uomo, non nella Natura. Nel mondo odierno il concetto di eradicazione è tutt'altro che realistico*".

Vorrei infine che i Governi facessero in modo che i genitori che si apprestano a decidere se è opportuno o meno vaccinare il proprio figlio contro una certa patologia, sappiano quali sono i pro e i contro e non seguano passivamente la corrente o le indicazioni approssimative o ancora scrupoli di coscienza che immagini terrificanti di epidemie mortali tendono a generare nella mente. I dati di fatto sono evidenti, si tratta solo di portarli in superficie e decidere attraverso una loro valutazione serena.

In definitiva, **chi non rischia complicanze dalle malattie infettive naturali, è in buone condizioni generali, ha uno stato nutrizionale adeguato, vive una vita sana, sta all'aria aperta, abita in ambienti puliti e non sovraffollati, non è affetto da alcuna situazione che possa determinare immunodeficienza o altre condizioni predisponenti a gravi risvolti in caso di contagio, ... è un soggetto che può evitare di vaccinarsi**.

Per chi viceversa fa parte di categorie a rischio specifico o generico di complicazioni in caso di una certa patologia, la possibilità di una vaccinazione va considerata ma, in ogni caso, anche in questa situazione non va decisa a priori, perché esistono anche valide alternative.

Appendice A

RECAPITI UTILI

La legge Italiana prevede l'autonomia Regionale in tema sanitario. Pertanto, ogni Regione svilupperà le sue decisioni anche in tema vaccinale e potrebbe accadere, alla fine, che Regioni diverse abbiano regole diverse. Diventa allora **necessario avere un punto di riferimento regionale** per sapere come comportarsi in qualche particolare evenienza. Gli indirizzi sottostanti appartengono a persone c/o Associazioni che operano nel territorio e a cui ci si può rivolgere.

PIEMONTE:
Federazione COMILVA
Signor Garrone (**Torino**)
Tel.:011-4337134
E-mail: gigigarrone@hotmail.com
Cfr anche: www.comilva.org

Federazione COMILVA (**Cuneo**)
Tel.: 0172-713818 – fax: 0172-711139
Email: borema@tiscali.it

LOMBARDIA:
Federazione COMILVA
Tel./fax: 02-96248890
E-mail: lombardia@comilva.org

Federazione COMILVA
Tel/fax: 02-6436177 (ultimo martedì del mese ore 20,30-22,30)
Cfr anche: www.comilva.org

Federazione COMILVA (**Piacenza**)
Signor Bricchi Daniele
Tel.: 0523-913142

VENETO:
Associazione: CO.R.VE.L.VA. (Coordinamento Regionale Veneto per la Libertà delle Vaccinazioni)
Signor Donolato Ferdinando
(**S. Angelo di Piove – PD**)
Tel/fax 049-5846454 (dal lunedì al venerdì ore 9,00-11,30)
Email: corvelva@libero.it
Cfr anche: www.corvelva.org

Federazione COMILVA (**Belluno**)
Tel.: 0437-97821
E-mail: alister@comilva.org

ARIELE – Negozio di Prodotti Naturali
(**Oderzo**)
Tel.: 0422-207009 (Antonio)
Email: alister@comilva.org

TRENTINO ALTO ADIGE:
Associazione: Vaccinare Informati
Signor Brazzo Marco
Tel: 0464-423510 – 320-04565540
e-mail vaccinareinformati@libero.it

Federazione COMILVA
Dr. Taddei Ottone
Tel. 0461-1820496 – 337-459613

FRIULI VENEZIA GIULIA:
Associazione ALISTER (Associazione per la Libertà di Scelta delle Terapie Mediche) (Trieste)
Tel./fax: 040-393536
E-mail: alister@comilva.org
Cfr anche: www.comilva.org

Federazione COMILVA (Trieste)
E-mail: comilva@comilva.org

Signor Cristiano (Pordenone)
Tel.: 0434-931364 – 348-9035858

Signor Ottogalli Mauro (Udine)
Tel.: 320-3492912

Signora Pontel Giuliana (Aquileia)
Tel. 0431-917518

LIGURIA:
Associazione "Dall'Albero ai Frutti – Consapevolmente Liberi" (**Savona**)
E-mail: albero.frutti@libero.it

Associazione "Nativamente"
(**Sarzana** - La Spezia)
Tel.: 0187-627280 – 328-2819409

Signor Martini Claudio
Tel.: 0184-208244 – 339-119923
E-mail: coren@intefree.it

Associazione La Via Lattea
Signora Ceccherini Anna
Tel.: 338-3021534
Email: anna.ce@tin.it

TOSCANA:
Associazione Salute in Libertà
Signor Battain Roberto
(**Borgo S. Lorenzo FI**)
Tel.: 055-8493138 – 333-6134178
Email: r.battain@libero.it

Federazione COMILVA
(**Val di Cecina** - PI)
Tel.: 347-6505954

EMILIA ROMAGNA:
Federazione COMILVA (**Cesena e Forlì**)
Signora Monica: Tel. 0547-84709
Cfr anche: www.comilva.org

Federazione COMILVA (**Ravenna**)
Signor Massimiliano: Tel. 0545-42228
Email: isamassi@alice.it

Federazione COMILVA (**Rimini**)
Signora Donatella: Tel. 0541-733136
Signora Patrizia: Tel. 0541-332053
Email: solopatty@tin.it
Cfr anche: www.comilva.org

MARCHE:
Signor Massimiliano
Tel.: 0545-42228
Email: isamassi@alice.it
Cfr anche: www.comilva.org

Federazione COMILVA (Pesaro)
Signor Alessandro
Tel.: 0721-286668
Email: audiodigit.ale@tin.it

LAZIO:
Federazione COMILVA (**Roma**)
Signora Marsigli Annamaria
Tel.: 06-50931636
E-mail: amarsigli@comilva.org

Associazione "Il Nido" (**Roma**)
Tel.: 06.5758648 – fax: 06.573000707

CAMPANIA:
Signor Samo Alessandro (**Napoli**)
Tel./fax: 081.5604215 – 338.507972
E-mail: napoli@comilva.org

PUGLIA:
Signora Iosca Leonarda
Tel. 080.3613796 – 347.9997499

Signora Manni Cinzia (Taviano – LE)
Tel.: 347.8890251

SICILIA:
Signora Spicuzza Angela (**Messina**)
Tel.: 090-357274 (dopo cena)

Signora Astorina Alessandra (**Catania**)
Tel.: 095-506501
Cfr anche: www.comilva.org

Appendice *B*

il futuro

luminoso . . . pieno di luce . . . nella luce

Indice